

Aus der Psychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**«DIE UNTERBRINGUNG VON GEISTESKRANKEN
UND SUCHTKRANKEN»**

Eine Untersuchung am Beispiel von Rheinland-Pfalz

Inauguraldissertation zur Erlangung der Würde des Doktors
der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz,
dem Fachbereich Medizin

vorgelegt von

Henning Hülsmeier

aus Kiel

Mainz 1979

Wasserwerksgasse 33
CH - 3011 Bern

Dekan: Prof. Dr. H. Leithoff

1. Gutachter: Prof. Dr. J. Glatzel
2. Gutachter: Prof. Dr. D. Langen

Tag der mündlichen Prüfung:

Aus der Psychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**«DIE UNTERBRINGUNG VON GEISTESKRANKEN
UND SUCHTKRANKEN»**

Eine Untersuchung am Beispiel von Rheinland-Pfalz

Inauguraldissertation zur Erlangung der Würde des Doktors
der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz,
dem Fachbereich Medizin

vorgelegt von

Henning Hülsmeier

aus Kiel
Mainz 1979

Wasserwerksgasse 33
CH - 3011 Bern



INHALTSVERZEICHNIS

=====

1.0	<u>Einleitung</u>	S. 1
-----	-------------------	------

1.1	Erwartungen	S. 2
-----	-------------	------

=====

2.0	<u>Methoden</u>	S. 6
-----	-----------------	------

2.1	Beschreibung der Daten	S. 6
-----	------------------------	------

2.2	Beschreibung der Stichprobe	S. 8
-----	-----------------------------	------

2.3	Auswertung	S. 9
-----	------------	------

=====

3.0	Andere Literatur zum Thema	S. 10
-----	----------------------------	-------

=====

4.0	Ergebnisse	S. 20
-----	------------	-------

4.1	Die Sozialen Daten	S. 20
-----	--------------------	-------

4.1.1	Verteilung auf die erfaßten Variablen	S. 20
-------	---------------------------------------	-------

4.1.1.a	Altersverteilung	S. 20
---------	------------------	-------

4.1.1.b	Geschlecht	S. 21
---------	------------	-------

4.1.1.c	Stand	S. 21
---------	-------	-------

4.1.1.d	Beruf	S. 22
---------	-------	-------

4.1.1.e	Primärgruppe	S. 28
---------	--------------	-------

4.1.1.f	Wohnort	S. 30
---------	---------	-------

4.1.2	Differenzierung sozialer Merkmale nach Geschlecht	S. 31
-------	---	-------

4.1.2.a	Geschlecht und Alter	S. 31
---------	----------------------	-------

4.1.2.b	Geschlecht und Stand	S. 32
---------	----------------------	-------

4.1.2.c	Geschlecht und Beruf	S. 34
---------	----------------------	-------

4.1.2.d	Geschlecht und Primärgruppe	S. 36
---------	-----------------------------	-------

4.1.2.e	Geschlecht und Wohnort	S. 37
---------	------------------------	-------

4.1.3	Soziale Merkmale nach Altersgruppen	S. 38
4.1.3.a	Alter und Beruf	S. 38
4.1.3.b	Alter und Primärgruppe	S. 38
4.2.	Verteilungen der Erstdiagnosen	S. 41
4.2.1	Erstgutachter und ihre Diagnosen	S. 41
4.2.1.a	Erst- und Zweitdiagnosen im Vergleich aufgeschlüsselt im vierstelligen ICD	S. 42
4.2.2.	Aufschlüsselung nach Diagnosen und Sozialdaten	S. 50
4.2.2.a	Geschlechtsverteilung der Erst- diagnosen	S. 50
4.2.2.b	Altersverteilung der Erstdiagnosen	S. 52
4.2.2.c	Zivilstand und Diagnosen	S. 56
4.2.2.d	Berufe und Diagnosen	S. 59
4.2.2.e	Primärgruppen und Diagnosen	S. 61
4.2.2.f	Sozialdaten und Diagnosen der Über 30-Jährigen	S. 64
4.2.2.e	Wohnorte und Diagnosen	S. 66
4.2.2.g	Fehlende Sozialdaten und ihre Be- ziehung zu den übrigen Variablen	S. 68
4.3.	Frühere psychiatrische Anamnese	S. 73
4.3.1	Hinweise auf frühere psychiatrische Erkrankungen	S. 73
4.3.2.	Ambulante Vorbehandlungen	S. 74
4.3.3.	Stationäre Vorbehandlungen	S. 75
4.3.3.a	Stationäre Vorbehandlungen nach LUG	S. 76
4.3.3.b	Anzahl der Unterbringungen nach LUG	S. 76
4.3.3.c	Dauer der Unterbringungen	S. 78
4.3.4.	Psychiatrische Anamnesen und Erst- diagnosen	S. 78
4.3.4.a	Diagnosen	S. 78
4.3.4.b	Diagnosen der ambulant Behandelten	S. 79
4.3.4.c	Diagnosen der stationär Behandelten	S. 79

4.3.4.d	Diagnosen und Anzahl der Unterbringungen	S. 81
4.3.5	Geschlecht und psychiatrische Anamnesen	S. 81
4.3.5.a	Sex und psychiatrische Krankheit	S. 81
4.3.5.b	Sex und ambulante Behandlung	S. 82
4.3.5.d	Sex und stat. Behandlung nach LUG	S. 82
4.3.5.e	Sex und Anzahl der Unterbringungen	S. 83
4.3.5.f	Sex und Anzahl der Unterbringungen und Diagnosen	S. 85
4.4	Unterbringungsvorgang	S. 86
4.4.1	Der erste Hinweis	S. 86
4.4.1.a	Diagnosen, aufgeteilt nach Ersthinweisen	S. 88
4.4.1.b	Soziale und krankengeschichtliche Parameter in ihrer Bedeutung für die Ersthinweise	S. 89
4.4.2	Gründe für die Anzeigenden	S. 90
4.4.2.1	Familien und ihre Begründung	S. 92
4.4.2.2	Nachbarn und ihre Begründung	S. 92
4.4.2.3	Kollegen und ihre Begründung	S. 95
4.4.2.4	Hausärzte und ihre Begründung	S. 95
4.4.2.5	Fachärzte und ihre Begründung	S. 95
4.4.2.6	Ämter und ihre Begründung	S. 96
4.4.2.7	Tatsachen oder Vermutungen	S. 97
4.4.2.8	Unterbringungsgründe und Diagnosen	S. 98
4.4.2.8.a	Unterbringungsgründe bei der Schizophrenie	S. 99
4.4.2.8.b	Unterbringungsgründe bei den Suchtkrankheiten	S. 102
4.4.2.8.c	Unterbringungsgründe bei Arteriosklerose	S. 104
4.4.2.8.d	Unterbringungsgründe bei affektiven Psychosen	S. 104

- Inhaltsverzeichnis, 4 -

<u>4.5.</u>	<u>Der legislativ bestimmte Ablauf des Unterbringungsverfahrens</u>	S. 105
<u>4.5.1</u>	Daten zum Ablauf der Unterbringungsverfahren	S. 109
<u>4.5.1.a</u>	Durchführung eines ordnungsgemäßen Verfahrens entspr. § 9-12 UG.	S. 110
<u>4.5.2</u>	<u>Einstweilige Unterbringungen</u>	S. 111
<u>4.5.2.a</u>	Dauer der angeordneten einstweiligen Unterbringungen	S. 112
<u>4.5.2.b</u>	Die Anhörung muß "unverzüglich" nachgeholt werden.	S. 113
<u>4.5.2.c</u>	<u>Eilbedürftigkeit und Gefahr im Verzuge</u>	S. 121
<u>4.5.3.a</u>	Rechtsmittel	S. 124
<u>4.5.3.b</u>	Diagnosen der Untergebrachten, die sich beschweren.	S. 125
<u>4.5.4.</u>	<u>Anhörungsverfahren</u>	S. 126
<u>4.5.4.a</u>	Einfluß der Diagnosen auf den Zeitpunkt der Anhörung	S. 127
<u>4.5.4.b</u>	Verschiebung der Diagnosen in Beziehung zu Sozial- und Krankheitsdaten.	S. 128
<u>4.5.4.c</u>	Verlauf und Ergebnisse der Anhörungen.	S. 134
<u>4.5.5.</u>	Der zeitliche Ablauf der Verfahren.	S. 146
5.	Verhaltensbeschreibungen	S. 152
6.	Schlußfolgerungen	S. 158
7.	Anhang.	S. 166
7.1.	Auswertungsbogen	S. 166
7.2.	Auszug aus dem LUG	S. 169
7.3.	Tabellen- und Abbildungsregister	S. 173
7.4.	Literaturverzeichnis	S. 177

1.0 Einleitung

Mit der Möglichkeit, Unterbringungsakten eines Amtsgerichts einzusehen und auszuwerten, ergibt sich für den Psychiater eine neue Perspektive, nämlich zu erkennen, wie sich im Vorfelde einer Zwangseinweisung die zuständigen Ortsbehörden, Landratsämter, die Polizeidienststellen, niedergelassene Ärzte, Gesundheitsämter, die Familie von Betroffenen und der Unterzubringende selber verhalten und gegenseitig bestimmen.

1. Das Zusammenspielen dieser Institutionen nach dem Auftreten von störendem und gestörtem Verhalten sollte untersucht werden.
2. wie sich der soziale Status von Unterzubringenden in den Einlassungen und Akten der Behörden, der Begutachtenden und des Gerichts spiegelt.
3. soll der Ablauf in der Praxis mit der Maßgabe der Vorschriften des Landesgesetzes Rheinland Pfalz über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken vom 19. Februar 1959 angeschaut werden.
Eine parallel laufende Untersuchung von Untergebrachten in der betreffenden Landesnervenklinik A. konnte wegen der uns völlig unverständlichen Weigerung des

Direktor Dr. L. der Klinik nicht durchgeführt werden. Wir hätten uns in der Parallel-Untersuchung beider Gruppen eine Beleuchtung der bekanntlich auseinanderklaffenden medizinischen und juristischen Denkweisen gegenüber der Tatsache der Zwangsunterbringung und ihren Motivationshöfen erhofft.

4. Zusätzlich war eine Überprüfung der zeitlichen Abläufe geplant.

- 1.1 Wir vermuteten, daß der größte Teil der Unterbringungsverfahren im Einzugsbereich der Landesnervenklinik A. sich im Schnellverfahren abspielt. Schnellverfahren, so nennen wir es, daß in einer für die Ärzteschaft, die sozialen Dienste, die lokalen Behörden, die Polizei und die Familien der Betroffenen komplikationsarmen, gelegentlich auch bequemen und formalrechtlich doch abgesicherten Weise aus psychiatrischen Gründen störende oder gestörte Menschen rasch in eine Klinik aufgenommen werden können. Wir nahmen an, daß aus Gründen einer dienstlichen Überbeanspruchung, einer eingeschliffenen Routine darauf wegen einer nicht mehr weiter belastbaren Primärgruppe verzichtet wurde, verzichtet werden mußte, die Notwendigkeit einer eventuellen Aufnahme in eine Klinik schon im Vorfeld genauestens zu überprüfen und eventuell in Kooperation einzurichtender sozial-psychiatrischer Dienste zu verhindern. Das Einweisungsverfahren schien uns nicht so angelegt, daß in einer Zusammenarbeit von Patient, Patientenfamilie oder Primärgruppe, sozialen und behördlichen Dienststellen nach Wegen gesucht wurde, wie man ein Krankheits- oder Verhaltensproblem ohne zwangsweise Unterbringung aufklären, entspannen und lösen könnte.

Das Unterbringungsgesetz in seiner praktischen Anwendung in Rheinland Pfalz schien uns ein Instrument zu sein, mit dem die Kommunen die Verpflichtung umgehen konnten, die Entstehungsbedingungen eines störenden und eventuell auch pathologischen Verhaltens zu erkennen und handelnd zu verändern. Durch die Herstellung der Tatsache, daß jemand schon Patient in einer Klinik ist, entziehen sich die Kommunen der Aufgabe, in ihrer Gemeinde Psychiatrie zu ermöglichen. Richter und Arzt schienen uns mit einer sicherlich fachspezifisch unterschiedlichen Färbung als Erfüllungsgehilfen kurzfristiger sozialer Bedürfnisse zu fungieren. Hiermit wollten wir anschließen an die soziologisch beeinflussten, interaktionistischen, psychiatrischen Untersuchungen, nach denen sich im Rahmen des "Reaktionsansatzes" zeigt, daß sich durch Wechselwirkungen von normverletzendem Verhalten und Reaktionen unter bestimmten Bedingungen in einem phasenhaft ablaufenden Geschehen erst geringgradige und später hochgradige Abweichungen entwickeln (zitiert nach Waller). Der Begriff der Patienten-Karriere kann hier eingeführt werden und bedeutet in diesem Zusammenhang, daß durch das Verbringen in eine Klinik in fein abgestimmter Zusammenarbeit von Ärzten, Familien und Behörden die Umwelt eine Reaktionsform präsentiert, an der sich das vorher unbestimmt störende, nur ungenau psychiatrisch zu definierende Verhalten eines Menschen ihn dann erst zum Vollstatus eines Patienten bringt. Die Begriffe Selbst- und Fremdgefährdung, Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung liefern Motivationen für vertretbare Einweisungen, wobei Gemeingefährlichkeit statt Gemeinlöstigkeit steht und aus Fürsorgebedürftigkeit Selbstgefährdung wird.

Die Auswirkung unterschiedlicher therapeutischer Modelle und Systeme auf die Notwendigkeit eines Zugangs zur psychiatrischen Behandlung konnte nicht Eingang in die Untersuchung finden.

Fest steht, daß aus der Tatsache, daß jemand in die Klinik eingetreten ist, die Umwelt die Bestätigung der Richtigkeit ihres Handelns bezieht. In der Diskussion über die Zwangsunterbringung wird ja ganz deutlich, daß diese Regelung mehr von der Schutzbedürftigkeit der Gesellschaft bestimmt wird, als vom Schutz des Individuums. Intoleranz gegen den eigentlich gar nicht gefährlichen, Angst, Mißverständnisse, negative Erwartungen an den aus seiner Rolle Herausgefallenen sind die gefühlsmäßigen Ursachen für dieses Verhalten in der Gesellschaft. Insbesondere finden wir das bei den aus der Mittelklasse stammenden Ärzten, Richtern, Bürgermeister. Die Filter in der sozialen Wahrnehmung dieser Gruppe und dazu immer wieder unterschätzte Sprachbarrieren begünstigen den Eindruck der Devianz und helfen dazu, daß diskriminierende Diagnosen zu passen scheinen.

Wir gingen weiterhin von den Untersuchungen Überwiegend des anglo-amerikanischen Schrifttums aus, nach dem Unterschiedsangehörige verstärkt psychiatrisch krank werden und also eventuell der Aufmerksamkeit von Behörden und gerichtlich-psychiatrischem Zugriff ausgesetzt sein müßten. Im Sinne der Untersuchungen von Bosch fallen psychopathologisch faßbare Auffälligkeiten eher zufällig mit sozialen Parametern zusammen, die die Einweisung eigentlich ermöglichen.

Wir wollten fragen, ob sich aus dem Material Hinweise ergeben würden auf die Beziehung zwischen Richter und begutachtendem Arzt im Sinne einer wechselseitigen,

eventuell nur formalen Absicherung einer als unbefriedigend angesehenen, aber mit den vorhandenen Mitteln nicht zu ändernden Praxis. Mitgeschleppt wird ja nun eine historische Entwicklung, in der die Psychiatrie als Teil des Strafvollzugs erst sehr spät als medizinisches Fach definiert wurde. In diesem Zusammenhang möchten wir an den Begriff der "Kumpanei" erinnern, den Tillmann-Moser in seiner "Repressiven Kriminalpsychiatrie" geprägt hatte.

2. Methoden

2.1. Beschreibung der Daten

Es wurden Akten des Amtsgerichts einer Kleinstadt unmittelbar in der Nähe der Landesnervenklinik A. untersucht. Das Amtsgericht ist zuständig für alle Verfahren von Untergebrachten, die in unmittelbarem Amtsbereich wohnen. Weiterhin ist es zuständig für diejenigen, die mit Verfügungen der jeweils zuständigen Verwaltungsbehörden in einstweiligen Unterbringungsverfahren sich bereits zum Gerichtstermin in der Klinik befinden. Es ist anzunehmen, daß die Praxis des Amtsgerichts A. die Praxis in anderen Amtsgericht-Bezirken widerspiegelt. Die Verfahren wurden fast ausschließlich von einem Richter durchgeführt, und die Partner auf der ärztlichen Seite sind überwiegend zwei Ärzte, insgesamt sind sechs Ärzte beteiligt. Es handelt sich auch nur um Verfahren zur Unterbringung in einer Klinik. Es ist anzunehmen, daß ca. 98 % der Verfahren an anderen Amtsgerichten, die in diese Landesnervenklinik einweisen, unter ganz ähnlichen Bedingungen ablaufen. In der Landesnervenklinik A. wurden in den Jahren 1970-74 durchschnittlich 1.400 Aufnahmen im Jahr gemacht. Zwischen 16 und 20 % dieser Aufnahmen erfolgten als Zwangsunterbringungsverfahren über das Amtsgericht der Stadt A. Sicher sind die Verhältnisse in dieser Untersuchung spezifisch für diese Landesklinik, den Ort, und nicht vollständig zu verallgemeinern.

Die Akten enthalten in chronologischer Abheftung Schilderungen der ersten Verhaltensauffälligkeiten, meistens verfaßt durch die Verwaltungsbehörde, also in der Regel

das zuständige Landratsamt bzw. die Stadtverwaltung als untere Verwaltungsbehörde. In seltenen Fällen sind Berichte der Sozialdienste, der Gesundheitsämter oder der örtlichen Fürsorgeeinrichtung beigelegt. Manchmal findet sich ein polizeiliches Protokoll, manchmal auch Schilderungen der Familie, von Nachbarn, in Form von Aussagen gegenüber der Polizei. Regelmäßig befinden sich ärztliche Aussagen entweder von einem psychiatrischen Facharzt, vom Amtsarzt des Gesundheitsamtes, seltener von Hausärzten oder von der Universitätsklinik des Landes in den Akten. Aus diesen Schilderungen ließen sich die persönlichen sozialen Daten herausziehen, die in vielen Fällen alle Fragemöglichkeiten des von uns entworfenen Fragebogens beantworteten. Ebenfalls aus den Schilderungen ließ sich eine psychiatrische Anamnese erschließen mit diagnostischen Einschätzungen, die häufig direkt aus einer Benennung in den Diagnoseschlüssel psychiatrischer Krankheiten (ICD in der achten Revision) überführt werden konnten. Bei unklaren und widersprüchlichen Angaben wurde auf die Einordnung in dieses ICD-Schema verzichtet und die Diagnose offengelassen.

Der Unterbringungsverfahren wurde untersucht nach Ersthinweisenden, nach Gutachtern. Ohne Differenzierung wurden Erst- und Wiederholungseinweisungen aufgenommen. In freier Textform wurden in Zusammenfassung verschiedene Stellungnahmen über die Verhaltensauffälligkeiten übernommen. Dann wurden Unterbringungsgründe entsprechend den verschiedenen Möglichkeiten des Gesetzes - Eigengefährdung, Fremdgefährdung, Verwahrlosung und Hilflosigkeit, Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung - für die verschiedenen anzeigenden Gruppen differenziert und dann der Ablauf des Verfahrens protokolliert, entsprechend den Vorschriften des rheinland-pfälzischen Unterbringungsgesetzes.

Als letzter Schritt wurde der zeitliche Ablauf des Verfahrens erfaßt, wobei die Einlieferung in das Landeskrankenhaus als Tag Nr. 1 bezeichnet wurde.

Die erfaßten Variablen wurden ausschließlich aus den verfügbaren Akten entnommen. Dies erklärt zum einen die inhaltliche Struktur des zugrundeliegenden Fragebogens und zum anderen die teilweise sehr hohen Quoten fehlender Antworten bei einigen Fragen.

Die Bögen erlauben über fortlaufende Nummern und Erfassen des jeweils verwendeten Aktenzeichens ein genaues Rückgreifen auf den jeweiligen Einzelfall, ohne daß auf den Bögen selbst irgendwelche persönlichen Daten eindeutig zu erkennen sind. Es wurden 66 Variablen erfaßt. Der Fragebogen ist in seiner vollständigen Form im Anhang wiedergegeben.

2.2 Beschreibung der Stichprobe

Es wurde nach einem Zufallsprinzip aus dem gesamten Archiv eine Auswahl von 222 Akten aus den Jahren 1970, 1971, 1972, 1973 und 1974 getroffen. Es wurden jeweils 15 Akten bei jedem Fünzigersprung der fortlaufenden Registrierung des Gerichts genommen, also aus den fortlaufenden Aktenzeichen die Nummern 1-15/74, dann die Nummern 51-65/74 undsofort. Das entspricht in etwa dem Ordnungssystem, sprich der Regalgröße, für die abgelegten Akten. Diese Zufallsauswahlen erfassen insgesamt 1.100 Verfahren, und zwar nahmen wir für 1970 26 Akten entsprechend 236 Verfahren,

1971	30 Akten	entsprechend	209 Verfahren,
1972	39 Akten	entsprechend	213 Verfahren,
1973	47 Akten	entsprechend	204 Verfahren und
1974	76 Akten	entsprechend	237 Verfahren.

Wir sehen hieraus, daß ca. 220 Zwangsunterbringungsverfahren pro Jahr an dieser Klinik durchgeführt werden. In den Jahren 1975 und 1976 haben wir mit 237 und mit 208 Verfahren erkennen können, daß die Tendenz in ungefähr gleichblieb bei allerdings steigenden Gesamtaufnahmen der Klinik in diesen Jahren. Das Verhältnis von Zwangsunterbringungen zu freiwilligen Aufnahmen verschiebt sich in kleinen Schritten.

2.3. Auswertung

Die Auswertung der erfaßten Daten erfolgte im wesentlichen maschinell am Rechenzentrum der Universität Konstanz unter Zuhilfenahme des SPSS - Systems (statistical package for the social sciences). Bei den meisten in den Unterbringungs-Gerichtsakten vorgefundenen Variablen wurde die Auswertung nach Häufigkeitsverteilungen vorgenommen und Kontingenztabellen erstellt.

Die folgenden Ergebnisse sind also im wesentlichen als deskriptive Sichtung der gesammelten Daten zu sehen. Wir fanden in dieser Form doch einige interessante Ergebnisse auch ohne eine Anwendung differenzierterer statistischer Methoden.

3. Zwangsunterbringungen und psychosoziale Zusammenhänge bei anderen Autoren

Die umfangreichste Untersuchung im deutschen Sprachraum zu Vorgängen und Umfeld der gerichtlich verfüigten Unterbringung ist von G. Bosch geleistet worden. Er geht von der Diskussion aus, ob die in allen damals vorliegenden Gesetzeswerken verwendeten Formen der Gefährlichkeit - für die Gemeinschaft oder für den Betroffenen - wirklich lebendige Kriterien sind, die der sozialen Situation Zwangseinweisung gerecht werden. Die Fiktion wird allgemein hochgehalten, daß diese Formen des Gefährlichseins die Motivation darstellen, jemanden zu einer Krankenhausbehandlung zu zwingen. Die umfassend erhärtete These seines Vortrags ist, daß Momente außerhalb der Psyche des Patienten latent wesentlich wichtiger sei, als diese fast sprichwörtlichen Begriffe.

Bei allen Diskussionen um die Verbesserung des Persönlichkeitsschutzes werde der Boden dieser Fiktion von Gefährlichkeit nicht verlassen. Bei den Begriffen Verwahrlosung oder Störung der öffentlichen Ordnung wird ganz deutlich, daß gesellschaftliche Wertvorstellungen tangiert sind und daß hier die Schutzbedürftigkeit der Gesellschaft gegen das Interesse des Einzelnen gesetzt wird. Ärztliche Stellungnahmen hierzu sind in der Regel bedauernd, aber der Schlüsselbegriff der fehlenden Krankheitseinsicht ermöglicht die Zwangsformen bei der Unterbringung aus rein ärztlich anmutenden Motiven. Die Einsicht in Krankheit ist dabei eine Leistung, die nur aus einem ungetrübt medizinischen Denken her selbstverständlich erscheint; als krankheits-immanentes Phänomen ist es der eigenen Erlebnisweise des Auffälligen gar nicht zugänglich. Dabei ist die Möglichkeit, von Krankheit

anders als in Vorstellungen körperlichen Krankseins zu denken, etwas, das in allen Schichten sehr selten ist. Vor allem in den unteren Schichten (nach dem von Hollingshead verwandten Fünf-Schichten-Modell, das Berufsstatus, Bildung und Wohngegend gewichtet) ist die Möglichkeit einer psychologischen Erklärung von Störungen extrem selten und schwierig. Hiernach begreifen Unterschichts-Angehörige viel schwerer persönliche Frustrationen und psychische Konflikte als psychologisch bedingt, deshalb tolerieren ihre Angehörigen und sie selbst abnormes Verhalten sehr viel mehr und länger, ohne die Motivationen hinter dem "merkwürdigen Benehmen" als krankheitsbedingt zu begreifen. Nach längeren zeitlichen Verläufen schlägt dann diese getrübte Wahrnehmung in eine Klarheit um, in der das veränderte Verhalten verachtungsvoll nur noch als "Verrücktheit" betrachtet werden kann. Hieraus resultiert dann auch das In-der-Klinik-im-Stich-Lassen des Patienten.

Myers/Roberts/Hollingshead. Der Unterzubringende steht in einer ähnlichen Auffassung von sich selbst anfangs seiner Entwicklung ohne Verständnis, vielleicht mit langsam sich entwickelnden, wahnhaften Erklärungen gegenüber und vollzieht den Schritt zur alles erhellenden Deutung, daß er krank sein müsse, sehr viel langsamer als seine Umgebung oder gar als die auf diese Wahrnehmung trainierten mittelständischen Behörden und Ärzte. Hier entwickelt sich dann die Notwendigkeit einer zwangsweisen Behandlung, und Krankheitsuneinsichtigkeit wird zum Beweis für die wirklich dringende Notwendigkeit aufgezwungener, medizinischer Eingriffe.

Bosch weist auf ein Kardinalproblem der beiden beteiligten, wissenschaftlich und praktisch geforderten Berufsgruppen, Richter und Ärzte, hin. Die Beziehung zwischen

beiden wird ganz unterschiedlich charakterisiert.

Moser bezeichnet die Zusammenarbeit der beiden Berufe als eine "Kumpanei", die keineswegs nur vom Wohl des Klienten bestimmt ist, sondern eher von erwünschter Reibungslosigkeit des geplanten medizin-sozialen Eingriffs.

Koch bewegt sich als Richter zwischen den Verhaltensformen "Vertrauensvorschuß" und "Kontrollverzicht" und begegnet vor allem bei nicht routinierten Ärzten einem ausgeprägten Mißtrauen, da er sich als Richter in medizinische Belange einmische.

Es sieht so aus, als ob von zwei Seiten her eine Quadratur eines Kreises angestrebt wird.

Huber sieht ein unlösbares Dilemma, das klar geworden ist aus den Erfahrungen ärztlicher wie auch richterlicher Willkür im Faschismus, nämlich, daß zur Aufhebung des Grundrechts der Freiheit der Person der Kontakt mit der Justiz unvermeidlich sei. Der Klinik-Charakter, also der auf Hilfeleistung ausgerichtete, medizinische Apparat, wird durch die Justiz in Frage gestellt. Ebenso erlebt er durch die Notwendigkeit der Einbeziehung einer justitiellen Öffentlichkeit unvermeidliche Verluste an Diskretion und Schweigepflicht.

Von richterlicher Seite wird die Erfahrung gemacht, daß die auf Heilung bedachte, fürsorgliche Haltung der Psychiater über die am polizeirechtlichen Gefährdenken orientierte, juristische Denkweise hinausreicht. (Koch). Gesprächsbereitschaft und partnerschaftliches Durchsprechen stellen den einzigen Weg aus diesem Dilemma heraus dar.

Bürger-Prinz gibt eine verständnisvolle Zusammenfassung richterlicher Verunsicherung, nämlich, "daß die verbalen

Argumente der Psychiater dem Gericht so leicht den fatalen Eindruck erwecken, als sei die gesamte Psychiatrie nur ein perfektes System von Ausreden (zitiert nach Koch). Im Falle der Unterbringung ist es ja eher der Arzt - im Gegensatz zu seinen hauptsächlichsten Tendenzen in psychiatrisch tangierten Strafprozessen -, der die Gefahr und die Möglichkeit eines unvorhersehbaren Eintritts von gefährlichen, schädlichen Handlungen eher sieht und den Richter dazu benötigt, um den Patienten festhalten zu können und letzten Endes seine Zweifel auch "absegnen zu lassen". Für Ärzte ist es angenehm, durch die letztverantwortliche Entscheidung des Gerichts entlastet zu werden, und gerne benutzen sie auch die Möglichkeit, in der Auseinandersetzung mit dem Entlassungsbegehrt des Patienten auf den Richter zu verweisen.

Die Stufe zwischen medizinischer und juristischer Begründungsebene ist eigentlich nicht zu überwinden. Das "Einsickern fürsorglichen Denkens in das Polizeirecht" wird von Baumann als Gefahr gesehen und als Kompromißformel für die tägliche Praxis aus richterlicher Perspektive vorgeschlagen, daß die Voraussetzungen und die Beendigung der Unterbringung sicherheitspolizeilich, ihre Durchführung aber fürsorglich zu verstehen sei. Unter diesem Aspekt eines raschen Einstiegs in die fürsorgliche Situation erscheint es ihm auch sinnvoll, den formal juristischen Aufwand klein zu halten (Gesichtspunkt des geringstmöglichen Eingriffs). Er befürwortet deshalb die eilige, vorläufige Unterbringung, weil für die endgültige zahlreiche Formalien erforderlich seien, z.B. Anhörung von Angehörigen. Er übersieht dabei, daß die eigentliche Auf-

gabe für die verantwortlich Beteiligten darin liegen müsse, daß die Schwelle vor Eintritt in eine Klinik so hoch gesetzt werden müsse, daß die Umwelt sich gezwungen sieht, sich früher, weniger fatalistisch, mit der Störung eines Familienmitglieds oder Mitmenschen auseinanderzusetzen.

Bosch untersuchte in seinen Arbeiten über 1000 Aufnahmen, ohne sich mit den Einweisungsgutachten näher zu beschäftigen, die in undifferenzierter, oft kompletter Liste aller möglichen Einweisungsgründe gerade durch ihren Formalismus den Zugang zu den zugrundeliegenden Motivationen versperren würden. Wir fanden in unserer Untersuchung abweichend von Bosch, daß sich durchaus mit den offiziellen Stellungnahmen und Einweisungsgutachten eine Erkenntnismöglichkeit über die Interessenlage der einweisenden bzw. veranlassenden Instanz anbietet.

Seine Ergebnisse kurz referiert waren, daß Zwangseinweisungen stark abhängig von der einweisenden Instanz waren. Ämter waren in dieser Hinsicht erfolgreicher als Familien. Selbst- und Fremdgefährdung unterschieden sich vom sozialen Hintergrund her nicht. Soziale Faktoren waren wichtiger als klinische Daten. Objektivierbare, eindeutige Aggressivität war höchst selten, und besonders selten bei Psychotikern. Es gab sehr wenig depressive Patienten. Bei chronisch rezidivierenden Verläufen sank die Zahl der Zwangseinweisungen. Von den Erstmanifestationen mit kurzer Dauer und hoher Akuität wurden prozentual wesentlich mehr zwangseingewiesen. Wahn führte nur bei erstmaligem Auftreten zu einer Zwangseinweisung. Am höchsten war der Anteil von Zwangseinweisungen bei einer Kombina-

tion abnormer Persönlichkeitsmerkmale mit Suicidalität. Eine Schichtspezifität war unverkennbar, aus sozial belastetem Milieu zu sein und nur ein bescheidenes Herkunfts-, Ausbildungs- und Berufsniveau vorzuweisen, war in Verbindung mit Suicidhandlungen hoch bedeutsam für Zwangseinweisung. Die Isolation, auch Gleichgültigkeit der Primärgruppen, eine sekundäre gesellschaftliche Randstellung durch berufliches Scheitern, war der eindeutigste Auslöser. Krankheits-einsicht als Parameter war irrelevant und erschien als ideologisierte und für Manipulationszwecke mißbrauchter Begriff.

Selbst- und Fremdgefährdung sind Begriffe von vager Potentialität, drücken die Unfähigkeit der Gesellschaft aus, für jemanden verantwortlich zu sorgen, und zwar vor dem Einschalten offizieller und reichlich ausgenutzter Sanktionsapparate. Solche Apparate sind das Unterbringungsverfahren und das psychiatrische Krankenhaus. Eigengefährdung ist eigentlich Fürsorgebedürftigkeit, Fremdgefährdung ist eigentlich Unadaptiertheit. Ambulantes Behandeln, soziale Fürsorge draußen zielen auf Anpassung, geraten an Grenzen. "Wenn der Integrationsversuch scheitert, wird eben massiv desintegriert. Diese Handlung wird man auch als gesellschaftliche Primitivreaktion auffassen dürfen. Hiermit wird der Störende beseitigt, wenn nicht die Störung aufgehoben werden kann.

Nach Parsons können wir die Zwangsunterbringung als eine Bestrafung, ein Herausreißen aus dem individuellen Rollenhaushalt auffassen. Th. Szasz geht so weit zu sagen, daß es mehr von der Würde des Individuums erhalte, wenn eine eindeutige soziale Ächtung, ent-

sprechend einer Gefängnisstrafe, als formelle juristische Maßnahme ausgesprochen werde, wie wenn eine quasi medizinische und freiwillige Anstaltsunterbringung produziert werde. Hier handle es sich um eine Maßnahme, die die nicht vereinbaren Begriffe Therapie und Strafe als therapeutisch gemeinte Bestrafung zusammenfasse und daß auf dem Hintergrund erstgeschichtlich zu würdigen-der komplementärer Begriffe wie Herr - Sklave, Inquisitor - Hexe, zu denen sich jetzt Psychiater - Patient gesellt hätte.

Bosch erlebt den Psychiater und auch den einzelnen Unterbringungsrichter als Vollzugsgehilfen eines Urteils, das die Gesellschaft längst vorher gefällt hat.

Der von Szasz bezweifelte und diskreditierte praktische Vorzug einer Zwangsunterbringung wird von M. Jones hervorgehoben, indem er betont, daß es in unserer Kultur oft nötig sei, daß jemand zum Kranken erklärt wird, bevor er Hilfe bekommen könne. P. Polak weist auf konstantes Vorliegen von monatelang andauernden Lebenskrisen vor dem Eintritt in ein psychiatrisches Hospital hin; Parow beschreibt auch in Anlehnung an Hollingshead oft jahrelange Vorphasen, weist allerdings, wie schon erwähnt, auf die Selbsterkenntnisprobleme vom Klienten, vor allem von Unterschichtsangehörigen hin, und ist entsprechend gezwungen, offen zu lassen, wie vorher zu erkennen und zu helfen wäre. Wenn Polak sagt, daß 60 % der Aufnahmen ein klares Überwiegen sozialer Faktoren über Symptome psychiatrischer Art zeigen, muß eine Lösungsmöglichkeit im Vorfeld psychiatrischer "quasi medizinischer Eingriffe" gesucht werden. Der Ort für solche Lösungen liegt innerhalb der Gemeinde. Wenn wir den oben zitierten Satz von Jones aufgreifen,

stoßen wir an einen Problembereich, der von Jaeckel und Wieser mit dem Begriff der operationalen Definition von Geisteskrankheit angerissen wurde: Geisteskrank ist, wer derart gestört ist, daß er dafür (stationär) behandelt werden muß. Auch die Gefährlichkeit wird erst einmal zum Anlaß der Unterbringung, und hinterher dient die Tatsache der Unterbringung zum Nachweis der Gefährlichkeit.

Diese wechselseitigen Konditionierungen werden unter einem rollen-soziologischen Konzept von Talcott Parsons so beschrieben, daß der Abweichende und die Erwartungen an ihn sich gegenseitig so hochschaukeln, daß Geisteskrankheit sich immer klarer als Erklärung für alles Merkwürdige anbietet. Hier setzt ja auch unsere Kritik an den einstweiligen Eil-Unterbringungsverfahren ein, nämlich daß hier durch das Schaffen der Tatsache eines Kliniksaufenthalts auf der polizeirechtlichen Ebene Karriereentwicklungen zum psychiatrischen Patienten unvermeidbar werden.

Notwendig sind soziologische, sozialpsychiatrische Untersuchungen zu diesen Fragen, die Waller anschnitten, wie die sozialen Bedingungen aussehen, die zu auffälligem, abweichendem Verhalten einer Person führen, ohne daß es gleichzeitig zum Selbstbild "psychisch krank" gekommen ist.

Die Einstellung der Patienten zur Tatsache ihrer zwangsweisen Unterbringung wurde von Ecloff und Ernst untersucht; Sie fanden, daß die Einstellung zur Hospitalisierung meist in den ersten Tagen eindeutig, kohärent und konsequent sich entwickelt. Vor allem vorher schlecht über die Unterbringung und die Krankheitseinschätzung der Umwelt Informierte

bildeten eine große Gruppe der Ablehnenden. Wichtig ist, daß 51 % ihre grundsätzliche Auffassung zur Behandlung nicht mehr ändern, extreme Auffassungen von Ablehnung schwinden in den ersten zwei Wochen vor allem durch Austritt aus der Klinik; aber ein Wechsel von einer zustimmenden zur ablehnenden Haltung oder umgekehrt ist nur bei einem Fünftel zu beobachten. Die oft einer Zwangseinweisung zugrundeliegende hoffnungsvolle Spekulation, daß der Betreffende zu Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit kommen werde, scheint selten zuzutreffen. Nach Untersuchungen von Wing und Brown tritt der Effekt der Abnahme der Behandlungsablehnung erst nach Jahren auf. Der Bericht der Enquete-Kommission geht auf die Zwangsunterbringungsproblematik ein, indem er vor allem die Stellungnahme des DGNP-Kongresses von 1961 aufgreift. Hier wird von Rechtsunsicherheit gesprochen und daß der Krankenhaus-Charakter paralyisiert werde und im Sinne justizeigener Verwahranstalten umgedeutet werde durch die in den Vorjahren entwickelten Unterbringungsgesetze. Auch im Enquete-Bericht wird keine Überbrückung für das Problem Freiheitsentziehung als Gefahrenabwehr oder als primär fürsorgliche Maßnahme gesehen. Gerufen wird nach einheitlicher gesetzlicher Neuregulierung "denn, daß man bei hinreichender Sachkenntnis und gutem Willen aller Beteiligten mit diesen Gesetzen" leben kann" sollte nicht über ihre Schwäche und den immanenten Widerspruch gegenüber den Prinzipien der Psychohygiene und den heutigen Bedürfnissen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hinwegtäuschen".

Es fehlen Vorschriften über das Recht zur Untersuchung und Behandlung, der Rehabilitationsgedanke ist nicht berücksichtigt.

Das fundamentale Problem ist, daß im Polizeirecht der Sicherungsgedanke Hauptanlaß ist, und daß dieser Aspekt nur für einen Bruchteil der Betroffenen und das nur für kurze Zeit zutreffe.

Verbindlich geregelt werden sollte, daß die verschiedenen Instanzen zusammen arbeiten müßten und daß weniger Instanzen beteiligt werden.

Die Literaturübersicht ergibt im wesentlichen die Darstellung zweier Standpunkte zweier akademischer Fakultäten mit verschiedener Sprache, die Annäherung zueinander suchen. Das Problem der aus psychiatrisch zu nennender Ursache Devianten kann dabei nach Auffassung aller Autoren nicht von den Fakultäten jeweils allein gelöst werden, sondern wäre eigentlich ein Thema sozialpolitischer Überlegungen. Zwingend ergibt sich aus den dargestellten Problemen der Organisation und gerechten Abwägung von einschneidenden Maßnahmen eine Vorverlagerung des Umgangs mit psychisch Kranken, eventuell Uneinsichtigen in den Bereich ambulanter, gemeindepsychiatrischer Versorgung.

4. Ergebnisse

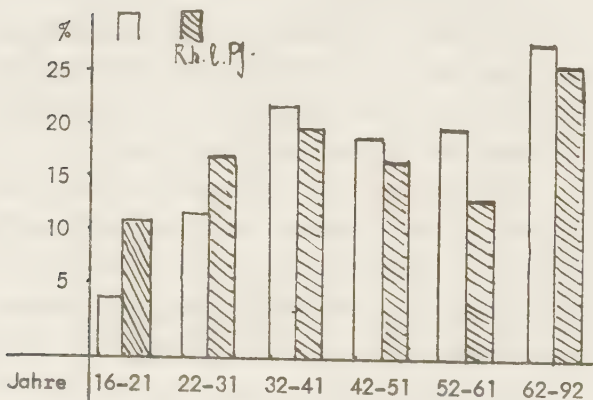
4.1. Die sozialen Daten der Gesamtgruppe

4.1.a Verteilung auf die erfaßten Variablen

4.1.1.a Altersverteilung

Wir finden eine breite Altersverteilung vom 17. Lebensjahr bis zum 92. Lebensjahr in unserer Gruppe. Die Aufschlüsselung nach Gruppen ist in der folgenden Abbildung zu ersehen.

Abbildung 1



Altersverteilung der Zwangsuntergebrachten 1970-1974 ($n = 222$) im Vergleich zur Altersverteilung in Rheinland-Pfalz 1969

Die Gruppe der Jugendlichen unter 21 Jahren ist klein mit 10 Personen; eine Jugendpsychiatrie wird in diesem Hause nicht betrieben.

In den mittleren Jahrgängen finden wir eine ziemlich gleichförmige Verteilung mit ca. 19 % auf jede der von uns abgegrenzten Gruppen. 70 % oder

155 Personen sind im arbeitsfähigen Alter, gerade jenseits eines eventuellen Ausbildungsabschlusses. Die größte Einzelgruppe sind die über 65-Jährigen. In den Altersgruppen bis 51 Jahre überwiegen die Männer, danach eher deutlich die Frauen, bei einer leichten Annäherung im Greisenalter.

Der Vergleich zur Altersverteilung der Gesamtbevölkerung von Rheinland-Pfalz im Jahre 1969 zeigt, daß Jugendliche wesentlich unterrepräsentiert sind, daß auch bis 31-Jährige weniger untergebracht werden als ihrem Anteil in der Bevölkerung entspricht. Das könnte man vorsichtig so interpretieren, daß mit zunehmendem Alter - ab dem 32. Jahr - eher und häufiger untergebracht wird als nach dem Anteil in der Gesamtbevölkerung zu erwarten. Diese Tendenz sinkt leicht ab nach dem 62. Lebensjahr.

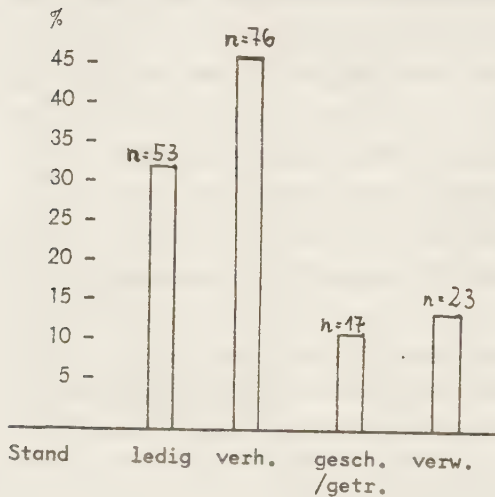
4.1.1.b Verteilung auf die Geschlechter.

Wir haben 127 Männer (= 57,2 %) und 95 Frauen (= 42,8 %) in der untersuchten Klientel. Deutlich überwiegen die Männer in der Gruppe der Zwangsuntergebrachten.

4.1.1.c Familienstand

Es befinden sich unter den aktenmäßig erfaßten Personen fast 24 %, bei denen aus der Aktenlage nicht eindeutig der Familienstand geschlossen werden kann. Diese Information erscheint nicht relevant für die Beschlußfassung des Gerichts. Die restliche Gruppe von 169 auswertbaren Beobachtungen teilt sich, wie in der Abbildung 2 zu erkennen, auf.

Abbildung 2



Absolute und prozentuale Verteilung nach dem Merkmal Zivilstand (n = 188)

Die Gruppe der wahrscheinlich allein lebenden (ledig, geschieden, getrennt, verwitwet) überwiegt deutlich die der Verheirateten. Sicher gibt es unter den Verheirateten durchaus noch eine große Gruppe, die nicht mehr mit dem Ehepartner zusammen lebt. Ähnliches gilt für die Ledigen und Alleinstehenden, die eventuell Partnerschaften haben.

4.1.1.d Beruf

Wieder finden wir eine eher sogar noch größere Gruppe, bei der keine Angabe über den beruflichen Hintergrund zu erkennen war, nämlich 144 Personen von der Gesamtgruppe von 222. Das entspricht 56 %. Die Gruppe der

Hausfrauen, bei denen ein Hinweis auf den Beruf wohl nicht sinnvoll erschien, ist allerdings in dieser Zahl mit Sicherheit nicht unbeträchtlich vertreten.

Die Verteilung der benannten Berufsgruppen erkennt man in Tabelle 1.

Tabelle 1

BERUFE	absolut	%
kein Beruf	4	4,1
arbeitslos	17	17,3
Hilfsarbeiter	14	14,3
Facharbeiter	12	12,3
Angestellte	8	8,2
höhere Angestellte	2	2
Händler und selbständige Handwerker	1	1
freie Berufe	3	3,1
Unternehmer	0	0
Hausfrauen	20	20,4
Rentner/innen	16	16,3
Total	98	100,0
keine Angaben	124	

Berufsverteilungen bei den Zwangsuntergebrachten
absolut und prozentual.

Eine Vergleichbarkeit mit den Zahlen der Gesamtbevölkerung in Rheinland-Pfalz ist nicht ohne weiteres möglich, da das statistische Landesamt Rheinland-Pfalz Berufsgruppen nach Wirtschaftszweigen aufgliedert und andere Zuordnungsformen entwickelt hat. Eindeutig können wir Angaben über die Arbeitslosenquote machen; 1970 waren in der Normalbevölkerung Männer und Frauen ca. 1/2 % arbeitslos, hier bei uns finden wir 17,3 %.

Angaben über den Sozialen Status unserer Gruppenangehörigen lassen sich nur bedingt aus den Berufsangaben herauslesen, da Ausbildungs- und Einkommensmerkmale ebenso wie Status der Wohngegend nicht erfaßt wurden. Es muß noch einmal darauf hingewiesen werden, daß nur Merkmale statistisch aufgearbeitet wurden, die eben in den Akten auch verwendet wurden. Andere, vielleicht für eine solche Untersuchung wichtig erscheinende Parameter tauchen überhaupt nicht auf, sind für die Entscheidungsbildung nicht relevant gewesen.

Die größte Gruppe sind die berufs- und arbeitslosen Zwangsuntergebrachten, was auf ein häufiges Scheitern in diesem Lebenssektor schon vor dem Einleiten des Unterbringungsvorgangs hinweist. Die Größe der Gruppe mit diesem Merkmal stimmt überein mit den Beobachtungen von Bosch, der als sehr auffallendes Merkmal das Abrutschen in eine sekundäre gesellschaftliche Randposition vielleicht bis hinab zu den "sozial Verachteten" anschaut.

Bei 124 Probanden wird die Berufsangabe aus den Akten nicht ersichtlich. Eine mögliche Erklärung ist eine unvoreingenommene Betrachtungsweise des Gerichts und der unteren Verwaltungsbehörden, die sich nicht von einer

Schichtenzuordnung beeinflussen lassen und sie deshalb nicht in die Überlegungen einbeziehen. Eine andere Erklärung könnte eine Gleichgültigkeit gegenüber diesem wichtigen sozialen Merkmal sein - damit wäre man aber auch eventuell gleichgültig gegenüber Hindernisgründen für eine schnelle Unterbringung. Wir müssen aber einflechten, daß alle diese Deutungen sozusagen nur die schriftlich protokollierten Tatsachen erfassen. Wir halten es gerade angesichts unserer teilweisen persönlichen Kenntnis der beteiligten Personen für durchaus möglich, daß in den mündlichen Verhandlungen wesentlich mehr soziale Daten aufscheinen, aber nur nicht schriftlich fixiert wurden.

In den Akten müßte eigentlich der Beruf schon aufgeführt werden, da häufig Entscheidungen vor der eigentlichen Gerichtsverhandlung nach Aktenlage getroffen werden. Zum Beispiel bei Sozialberichten oder nach Berichten über Hausbesuche, die zu Entscheidungen von Landratsämtern beigezogen worden sind.

Das geringe Gewicht auf Kenntnis des Berufes des Unterzubringenden wird bei den Frauen noch deutlicher. Bei der Gruppe der Rentner wird die große Gruppe der alten Frauen wohl stillschweigend als Rentnerin gewertet und nur in sechs Fällen ausdrücklich benannt, während bei den Männern diese Angabe - also eine Rente - als Einkommensgrundlage in zehn Fällen erscheint.

Die Bezeichnung Hausfrau erscheint in 20 Fällen. 18,6 % der Männer sind Hilfsarbeiter, arbeitslos über 1/4 der untersuchten Gruppe, Facharbeiter, Angestellte

und höhere Angestellte stellen fast ein Drittel. Die freien Berufe sind sehr selten - mit zwei Männern und einer Frau - vertreten. Ein selbständiger Händler und das völlige Fehlen von Oberschichtsmitgliedern, wie Unternehmer, runden das Bild ab.

Wir konnten keine anderen Möglichkeiten einer Schichtzuordnung als die berufliche Stellung aus den vorhandenen Angaben konstruieren. Schulbildung oder Einkommenshöhe tauchen überhaupt nicht auf. Ein soziales Schichtungsmodell nach Berufsgruppen, Ausbildung und Wohngegend ist von *Talcott Parsons* in der Sozialwissenschaft eingeführt. Dieses Modell läßt sich wegen der nicht zu erfassenden Ausbildungsvoraussetzungen unseres Kollektivs nicht verwenden.

Wenn eine Annäherung an ein in der Soziologie verwendetes Schichtmodell versucht werden soll, ist es sicher am ehesten möglich, das Schema zum Statusaufbau nach Erwin K. Scheuch zu verwenden. Wir finden in der Tabelle 2 den Versuch einer Parallelstellung der Schichtzuordnung in der Bundesrepublik 1960 und 1961 und unserer möglichen Schichtzuordnung.

Tabelle 2

	BRD	1960 SCHEUCH	1961 MOORE	Zwangsuntergebrachte
Großunternehmer Spitzenfinanz Hochadel Spitzenpolitiker		OBERSCHICHT		Berufsgruppen
		2,5 %	1 %	0 %
leitende Angestellte Professoren, Ärzte Rechtsanwälte		OBERE MITTELSCHICHT		freie Berufe
		6,1 %	5 %	4,9 %
mittlere Angestellte Fachschullehrer mittl.Geschäftsinh.		MITTLERE MITTELSCHICHT		höhere Angestellte Händler
		14,6 %	15 %	3,2 %
untere Angestellte Kleinhändler z.B. Malermeister		UNTERE MITTELSCHICHT		Angestellte
		20,7 %	30 %	13,0 %
Kellner Kleinsthändler qual.Industriearb.		OBERE UNTERSCHICHT		Facharbeiter
		36,6 %	28 %	19,4 %
Straßenarbeiter Landarbeiter		UNTERE UNTERSCHICHT		Hilfsarbeiter, beruflos, arbeitslos
		19,5 %	17 %	56 %
sozial Verachtete			4 %	

Schichtenzuordnung der Zwangsuntergebrachten im Vergleich zu der Schichtenordnung nach Scheuch und Moore / Kleinig.

Unsere Zuordnung muß etwas diffus bleiben wegen der nicht ausdrücklich in den Akten aufgeführten Ausbildung und Berufsausbildung. Wir haben sicher eine große Menge von Absteigern in beruflicher Hinsicht in unserer Gruppe, denn bei einer Rate von über

60 % psychiatrischer Vorerkrankungen und über 50 % früher stationär psychiatrisch Behandelte muß man mit sehr viel beruflichem Abstieg rechnen. Bei unserem Schichtungsversuch geht es ja im Moment nicht darum, Entwicklungen nachzuspüren, sondern einen gegenwärtigen Zustand annähernd zu erfassen.

Unsere Schichtzuordnung kann sicher nur als grob und pauschalisiert angesehen werden; eindeutig ist aber ein massives Überwiegen der Gruppe untere Unterschicht über ihr Vorkommen in der Normalbevölkerung. Wir finden hierin eine Bestärkung der auch in anderen Untersuchungen aufgestellten Schlußfolgerungen, daß Unterschichtsangehörige häufiger in die Psychiatrie auf einem gewaltsamen Wege geraten.

Zur Anzahl der Arbeitslosen muß noch gesagt werden, daß die Größe in dieser Gruppe bei den Männern immerhin 27,1 % gerade in der zweiten Konjunkturblüte von 1970 bis 1974 besonders bedeutungsvoll sein dürfte. 1971 waren 3,5 % der Männer arbeitslos im gesamten Gebiet von Rheinland-Pfalz.

Primärgruppe

Dieser Begriff meint die engere Gruppe, mit der eine Wohngemeinschaft besteht oder die durch tägliche Kontaktpersonen gebildet wird. Insbesondere sind dann natürlich die engeren Verwandten, also die Familie, gemeint. Es wurde aber auch eine Nachbarschaftsgruppe, eine Kollegen-Gruppe oder die unmittelbaren Mitbewohner in einem Heim unter diese Gruppe gefaßt.

Wieder findet sich bei unseren Zahlen eine Gruppe, bei der eine Angabe, die in diese Kategorie einzuordnen ist, nicht gemacht wird; allerdings handelt es sich diesmal nur um 34 Personen, also 15 %, die solcher Art nicht

spezifiziert sind. Diese Information wird also deutlich als relevanter angesehen, als viele andere soziale Daten. Aufgliederung: siehe Abbildung 3.

Abbildung 3



Verteilung der Untergebrachten auf verschiedene Typen von Primärgruppen (n = 188).

Die größte Einzelgruppe sind diejenigen in einer eigenen Familie, gefolgt von denjenigen, die noch bei den Eltern leben. Überwiegend isoliert oder völlig isoliert Lebende bilden ein Drittel.

4.1.1.f Wohnorte

Hier finden wir bei 98 % zuverlässige Angaben vor, da sich ja für uns leicht aus den Personaldaten über den Wohnort und dessen Größe Informationen beziehen ließen. Verteilung: siehe Tabelle 3.

Tabelle 3

Einwohnerzahl	Untergebrachte	Rheinland-Pfalz
	%	allg. %
DORF	37,6	35,1
3000		
KLEINSTADT	14,2	20,0
3.000-20.000		
MITTL. STADT		
20.000-100.000	20,6	23,7
GROSS-STADT		
100.000	27,5	15,3

Prozentuale Verteilung nach Wohnortgrößen im Vergleich zur Verteilung in Rheinland-Pfalz (n = 218).

Es spiegelt sich hier das vorwiegend ländliche Einzugsgebiet der Klinik: In Dörfern lebt über ein Drittel; die zweitgrößte Gruppe lebt in der einzigen Großstadt des Einzugsgebiets, immerhin auch fast ein Drittel. Verglichen mit den Zahlen der Bevölkerungsverteilung auf die Wohnortgrößen in gesamt Rheinland-Pfalz ergibt sich, daß Dörfer und die Großstadt stär-

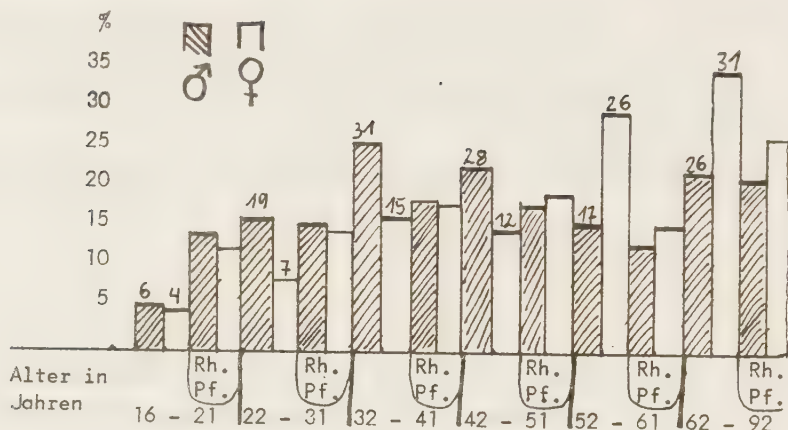
ker vertreten sind in der Zuweisung von Zwangsunterzubringenden, während die kleineren und mittleren Städte weniger schicken, als ihrer Quote entspricht.

4.1.2. Differenzierung sozialer Merkmale nach Geschlechtern

4.1.2.a Geschlecht und Alter

Wir finden bei der Altersverteilung eine Relation von Männern zu Frauen, die im wesentlichen der Altersverteilung der gesamten Bevölkerung von Rheinland-Pfalz entspricht. Bei den unter 21-Jährigen ist die Gruppe mit $n = 10$ nicht groß genug, um deutliche Aussagen zu machen. Bei den Untergebrachten in den Altersstufen zwischen 22 und 51 Jahren haben wir ein deutliches Überwiegen der untergebrachten Männer gegenüber den Frauen. In der Normalbevölkerung kehrt sich das Verhältnis zwischen Männern und Frauen schon in der Altersgruppe 42 bis 51 um. In den Altersgruppen über 52 ergibt sich eine ganz radikale Änderung des Verhältnisses Männer zu Frauen. Die genaueren Relationen kann man auf der Abbildung 4 sehen.

Abbildung 4



Altersverteilung der Geschlechter im Vergleich mit der Rheinland-Pfälzischen Situation (n = 222).

Die Alters- und Geschlechtsdifferenzierung in unserer Gruppe ist also recht aufschlußreich.

4.1.2.b

Geschlecht und Stand

Ledige und geschiedene Männer sind häufiger in unserer Gruppe als ebensolche Frauen, während der Stand der Verwitweten zu 91 % weiblich besetzt ist. In der Gesamtbevölkerung von Rheinland-Pfalz finden wir annähernd fünfmal so viele verwitwete Frauen wie Männer. In unserer Untersuchungsgruppe sind also die Merkmale weiblich und verwitwet zu sein offensichtlich auch begünstigende Faktoren für eine Unterbringung. Ledige Männer in der Gesamtbevölkerung sind nur unwesentlich häufiger als ledige Frauen. Geschiedene Männer sind wesentlich seltener als geschiedene Frauen. Man könnte also sagen, daß männlich und geschieden zu sein ebenfalls

überproportional in unserer untersuchten Gruppe auf-
taucht und einen begünstigenden Faktor für den Vorgang
der Unterbringung darstellt.

Genauere Zahlen liegen in der Tabelle 4 vor.

Tabelle 4

ZIVILSTAND	♂				♀			
	N	%	Rheinland- Pfalz	%	N	%	Rheinland Pfalz	
ledig	34	37,0	21,8		19	24,7	18,6	
verheira- tet	44	47,8	72,6		32	41,6	61,9	
geschieden /getrennt	12	13,0	1,07		5	6,5	1,8	
verwitwet	2	2,2	5,4		21	27,3	17,5	
		100				100		

Verteilung nach Geschlecht und Zivilstand im Vergleich
mit der Situation im Land Rheinland - Pfalz

Bei unserer Gruppe sind die Männer deutlich häufiger
ledig, geschieden und getrennt als die Männer in der
Normalpopulation. Verheiratet zu sein, wird entsprechend
seltener: Bei unserer Gruppe ist weniger als die Hälfte
verheiratet im Vergleich zu deutlich über zwei Dritteln
verheirateter Männer in ganz Rheinland-Pfalz. Bei den
Frauen liegen die Verhältnisse in der Tendenz ganz ähn-
lich, nur zeigt sich in der Gruppe der verwitweten eine

Umkehrung des Verhältnisses bei den Männern. Von den untergebrachten Frauen sind 26,3 % verwitwet, das ist fast ein Drittel, und übersteigt bei weitem den Wert der Allgemeinbevölkerung.

Kurz zum Vergleich Zahlen aus ambulanten Behandlungssituationen. Cooper in England weist darauf hin, daß wesentlich mehr verheiratete Frauen als Männer in die Klientel von Nervenärzten gehören. Hier bietet sich die andernorts bestätigte Erklärung an, daß Frauen wesentlich später in die Kliniken zur Behandlung kommen, weil sie in den Zielen der familiären Verpflichtungen zu festhängen.

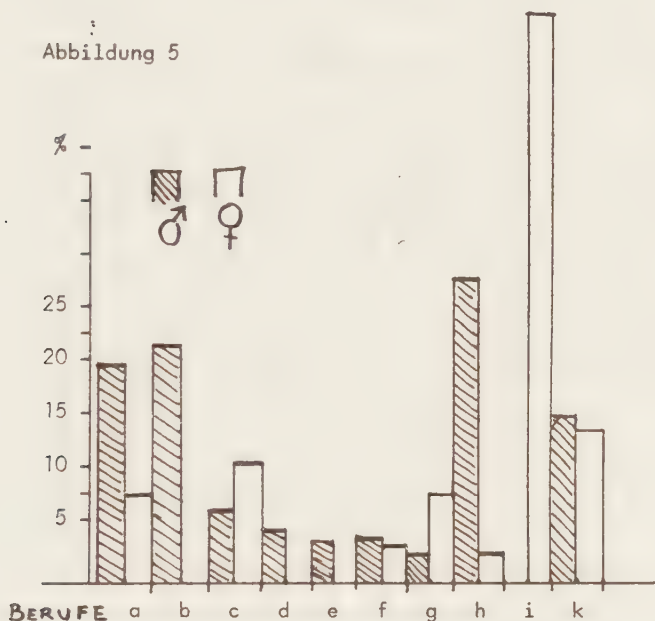
4.1.2.c

Geschlecht und Berufe

Wir erwarten eine feinere Aufgliederung von Berufsangaben bei den Männern. Es zeigt sich, daß bei 60 % der Männer eine Berufsangabe in den Akten auftaucht und nur bei 40 % der Frauen, wobei dann wieder die Gruppe Hausfrau 51 % ausmacht. Bei den Hilfsarbeitern, den Facharbeitern und den Arbeitslosen reicht der Anteil der Männer sehr weit über die ohnehin bestehende, zahlenmäßige Überlegenheit hinaus. Vor allem in der Arbeitslosen-Gruppe wird die Bezeichnung zu 94 % auf Männer angewandt. Das ausschließliche Auftreten von Männern bei den Facharbeitern spiegelt, sicher aber auch die geringe vorhandene Zahl von Frauen in Facharbeiterstellung wieder. Bei den Angestellten halten sich Männer und Frauen annähernd die Waage. In den anderen Berufsgruppen finden sich kleine Zahlen. Die Rentner sind zu 62,5% Männer. Aus der Gesamtgruppe erwähnter männlicher Berufsbezeichnungen stellt

die der Arbeitslosen fast ein Drittel. Hier scheint ein deutlicher Hinweis auf den schon vorher erfolgten, sozialen Abstieg von Zwangseingewiesenen zu liegen. Die genaueren Relationen kann man der Abbildung 5 entnehmen.

Abbildung 5



- a = Hilfsarbeiter
- b = Facharbeiter
- c = Angestellte
- d = höhere Angestellte
- e = Händler u. selbständige Handwerker
- f = freie Berufe
- g = kein Beruf
- h = arbeitslos
- i = Hausfrau
- k = Rentner

Verteilung der Berufe nach Geschlecht (n = 98).

Vergleichbare tabellarische Angaben über die Gesamtstatistik von Rheinland-Pfalz liegen nicht vor, da hier kein Berufschichtmodell, sondern Berufszweige verwendet wurden. Bei der Rubrik "kein Beruf" tauchen deutlich mehr Frauen auf als Männer.

4.1.2.d Geschlecht und Primärgruppe

In der elterlichen Familie leben, wie aus der "männlichen Unselbständigkeit" zu erwarten, überwiegend die Männer, nämlich mehr als zwei Drittel. In Heimsituationen leben nun wieder zu zwei Drittel die Frauen. Die isoliert oder in der eigenen Familie Lebenden weisen keine Besonderheiten in der Geschlechtsverteilung auf, vielleicht, daß Frauen doch eher isoliert leben oder eben, daß diese Tatsache erwähnenswert erscheint angesichts der großen Gruppe älterer, alleinstehender Frauen; stellt doch diese häufig absonderlich anmutende Erscheinung einen Arche-Typ dar, der in der leichtfertig gewählten Bezeichnung "alte Hexe" nicht nur im Kindermund eine gängige Formel fand.

Bei der Aufgliederung von Geschlechtszugehörigkeit zur Herkunft aus einer bestimmten Primärgruppe haben wir deutlich abgrenzen können die Gruppe der Männer, die sich aus der elterlichen Familie nicht gelöst haben. Das ist natürlich bei jungen Männern kein auffälliges Merkmal. Höheres männliches Heiratsalter, Mitarbeit in elterlichen Betrieben bei einer landwirtschaftlich überwiegend organisierten Einzugsregion könnten dazu beitragen. Bei den Frauen finden wir etwas mehr als ein Zehntel, die noch in der elterlichen Familie leben. In den Gruppen der unter 32-Jährigen gleicht sich der Anteil dieser speziellen Gruppe bei Männern und Frauen aus. Übrig bleibt die deutlich erkennbare Gruppe der über 32-jährigen Männer,

die nicht für sich alleine leben oder sorgen. Es ist zu vermuten, daß hier die Gruppe der Schizophrenen oder Alkoholiker gehäuft auftritt. Von 30 Probanden, die über 31 Jahre sind, bei den Eltern leben und Schizophrenie als Einweisungsdiagnose haben, sind 20 Männer. Von dieser Gruppe Männer und Frauen zusammen haben 20 keinen Partner oder nie einen Partner gehabt.

Von den Untergebrachten, die in Heimen leben, sind 65 % Frauen; auch unter den Alleinstehenden, isoliert Lebenden oder höchstens Nachbarschaftskontakte Haltenden überwiegen leicht die Frauen. Klärbar ist das durch den deutlichen Altersüberhang der weiblichen Bevölkerung. Männer und Frauen, die in eigenen Familien leben, sind genau entsprechend ihren relativen Zahlen repräsentiert. Über die Art der Primärgruppe finden sich meistens indirekte Hinweise, direktes Ansprechen dieses Faktums durch Amtspersonen taucht im Entscheidungsprozeß sehr selten auf. Immerhin ist nur bei 34 Probanden nicht zu erkennen, in welcher Primärgruppe sie leben.

4.1.2.e Geschlecht und Größe des Wohnorts

Bei der Betrachtung nach diesen Merkmalen ergibt sich keine interessante Beobachtung, außer einem Überwiegen der Männer aus Dörfern und Kleinstädten. Eine mögliche Erklärung ist die mit größerer Ängstlichkeit registrierte Auffälligkeit von potentiell wegen Geisteskrankheit gefährlichen Männern in kleinen Kommunen. In der Großstadt werden deviante Erscheinungsformen eher absorbiert und führen wohl nicht so schnell zur Ausgliederung.

4.1.3 Aufgliederung der sozialen Merkmale nach Altersgruppen.

Diese Untersuchung erschien uns sinnvoll, da sich Merkmale, die zur Grundlage der Zwangseinweisung werden, in den verschiedenen Altersstufen ganz anders auswirken.

4.1.3.a Alter und Berufe

Bei den 22- bis 31-jährigen erscheint bei fast zwei Dritteln eine Berufsklärung bedeutsam. Bei den 32- bis 51-Jährigen ist genau in der Hälfte der Fälle der Beruf genannt. Im Alter von über 52 Jahren wird nur noch in einem Drittel dieses Merkmal für erwähnenswert gehalten. Auch über 62 Jahren scheint es nur für ein Drittel relevant.

Bei den jungen Leuten unter 21 Jahren sind 40 % arbeitslos. Auch bei den 22- bis 31-Jährigen ist ein Drittel arbeitslos. In der Gruppe der 32- bis 41-Jährigen finden wir gehäuft Hilfs- und Facharbeiter. Diese Facharbeiter-Gruppe ist auch die stärkste bei den 42- bis 51-Jährigen. Die ausdrückliche Erwähnung "kein Beruf" ist in dieser Gruppe besonders gehäuft; ebenfalls ist ein Fünftel hiervon arbeitslos. Hier muß noch einmal in Erinnerung gebracht werden, daß die Normalbevölkerung in Rheinland-Pfalz zwischen 3,6 und 2,6 % der Männer als arbeitslos registrierte.

4.1.3.b Altersstufen und Primärgruppen

In der Auszählung der Altersverteilung gegen die Primärgruppen finden wir die einzelnen Ergebnisse in der Tabelle 6.

	elterliche Familie	eigene Familie	Kolle- gen	Nach- barn	Heim	iso- liert	
Alters- stufen Jahre	Reihen % N Säulen %	% N %	% N %	% N %	% N %	% N %	N total
16	62	12	12		12		
21	5 10	1 1	1 33		1 6		8
22	74	13				13	
31	17 35	3 4				3 7	23
32	25	64				9	
41	11 22	27 35				4 10	42
42	23	49			6	23	
51	8 16	17 22			2 12	8 20	35
52	12	34	6	3	60	37	
61	4 8	11 14	2 67	1 50	2 12	12 30	32
62	8	37		2	25	27	
92	4 8	18 23		1 50	12 71	13 32	48
	49	77	3	2	17	40	188

Tabelle 6 Altersstufen und Primärgruppen (n = 188).
Aufstellung in absoluten Zahlen, Reihenprozent —
und Säulenprozent

62 % der unter 21-Jährigen leben in der elterlichen Familie, und auch bei den 21- bis 31-Jährigen finden wir sogar 74 % im elterlichen Haushalt lebende. Vom 32. bis 41. Lebensjahr ist die eigene Familie - wahrscheinlich im Rahmen einer Ehe - zu zwei Dritteln doch die mehrheitliche Primärgruppe und stellt dann auch bei Betrachtung der weiteren Altersgruppen mindestens ein Drittel, fast die Hälfte. Mehr als zwei Drittel der Heimbewohner sind über 65 Jahre alt. Die 40 Personen große Gruppe der isoliert Lebenden, das sind immerhin 21 %, zeigt ab dem 52. Lebensjahr eine deutlich ansteigende Tendenz und macht bei den über 62-Jährigen mehr als ein Drittel aus.

Auf die sozialen Daten werden wir später (bei der Darstellung spezieller Einzelgruppen) immer wieder zurückkommen.

Bei einer Untersuchung von Schulte über daueruntergebrachte Insassen von Landeskrankenhäusern finden wir bemerkenswerte Parallelen in der Altersverteilung, in der Berufsgliederung und - wie im weiteren zu sehen - auch bei der diagnostischen Einteilung. Wir verzichten auf eine tabellarische Darstellung dieser Parallele.

4.2 Verteilung der Erstdiagnosen

Jetzt folgt eine allgemeine Aufstellung der diagnostischen Einteilungen. Benutzt wurde das diagnostische Einteilungs-Schema nach der internationalen Klassifikation der Welt-Gesundheits-Organisation, das ICD in der 8. Revision vom Sommer 1971, wobei diese Einteilungen in den Akten und auch in keiner Stellungnahme eines der beteiligten Ärzte auch nur ein einziges Mal Verwendung fand. Trotz allgemeiner Anerkennung und weitgehender Verwendung dieses Diagnose-Schemas scheint es für den Umgang mit medizinischen Laien nicht sinnvoll verwendbar. Aus den aufgeführten Symptomkomplexen und recht häufig auch aus der direkt von den Ärzten benutzten diagnostischen Benennung mußten wir also Annäherungen an die Begriffe des ICD finden. - Um überhaupt allgemein verwendbaren statistischen Zugang über Diagnosedaten zu gewinnen, konnten wir auf diese mit vielen Möglichkeiten behaftete Methode nicht verzichten.

Für die jetzt angeschlossenen Betrachtungen fanden überwiegend Erstdiagnosen, d.h. Diagnosen, die in den Einweisungsgutachten oder Beschreibungen des Verhaltens benannt werden oder erkannt wurden, Eingang.

4.2.1 Erstgutachter und ihre Diagnosen.

Die Diagnose-Erwähnung wurde von den verschiedenen Gruppen der Erstgutachter natürlich mit unterschiedlicher Sicherheit und auch Häufigkeit eingesetzt. Unter dem Prinzip oder auch Diktat des ordnungsrechtlich orientierten Vorgehens im ganzen Unterbringungsverfahren sind ja wohl Verhaltensweisen und ihre Einordnung in die Klassen "Eigengefährlich", "Fremdgefährlich", "Verwahrlosung" oder "Störung der öffent-

lichen Sicherheit oder Ordnung" wesentlich griffiger und relevanter als Angaben, die psychopathologisch korrekt eine medizinische Diagnose stützen könnten. Wir finden bei den Erstgutachtern und gewissermaßen also einweisenden ärztlichen Instanzen deshalb seltener eine definierbare oder genau benannte Diagnose, nämlich in 133 Fällen. Bei 89 Personen mußten wir die Diagnose offen lassen. Auch die Vielfalt der Diagnosen nach dem ICD-Schema ist mit 34 einzelnen Gruppen geringer als die 37 abgrenzbaren, diagnostischen Einordnungen in der Situation einer Erstellung der Zweitdiagnose, nämlich bei der Anhörung in Anwesenheit der jeweiligen Klinikärzten der Landesnervenklinik A. Bei 145 Personen in dieser Stufe der Unterbringung haben wir eine benannte oder unschwer von uns nachträglich klassifizierbare Diagnose. Wieder aber ist die Deutlichkeit der diagnostischen Einteilung nicht sehr hoch und beeinträchtigt von der Überflüssigkeit einer psychiatrisch gesicherten Diagnose für die Überprüfung der Berechtigung einer vorläufigen Unterbringung. Es werden Kriterien wie Gefährlichkeit, Krankheitseinsicht, Fortbestehen der früheren Verhaltensbesonderheiten, vom Zeitpunkt der Aufnahme in der Klinik eher bewertet. Die diagnostischen, vielleicht wissenschaftlichen Grundlagen der Behandlung des Patienten finden unmittelbar nicht häufig Anwendung in der juristisch eingegengten Beurteilungssituation.

4.2.1.a Verteilung der Erst- und Zweitdiagnosen nach dem ICD mit vier Stellen.

Die absolute und prozentuale Verteilung der Diagnosen bei der Erstbeurteilung und in den später folgenden

Anhörungsverfahren kann man aus der folgenden
Tabelle 7 entnehmen.

Tabelle 7

ICD		Erst- diagnose N	Zweit- diagnose N	Erst- diagnose %	Zweit- diagnose %
senile Demenz	290.0	1	2	0,8	1,4
präsenile Demenz	.1	1	1	0,8	0,7
andere psychische Störungen bei senilen und prä- senilen Hirn- krankheiten	.9	0	1	0	0,7
Delirium tremens	291.0	4	0	3,2	0
Korsakow-Psychose	.1	0	1	0	0,7
Alkohol-Halluzinose	.2	0	1	0	0,7
andere Alkohol- psychosen	.9	1	0	0,8	0
Psychose bei Hirn- arteriosklerose	293.0	8	21	6,4	14,7
bei anderen cere- bralen Durchblu- tungsstörungen	.1	4	0	3,2	0
Epilepsie-Psychose	.2	2	2	1,6	1,4
Psychose bei degene- rativen Erkrankungen des ZNS	.4	1	2	0,8	1,4
Psychosen bei Hirn- traumen	.5	1	2	0,8	1,4
Psychosen bei anderen cerebralen Störungen	.9	1	1	0,8	0,7
Psychose bei endo- kriner Störung	294.0	1	0	0,8	0
Psychose im Puerperium	.4	0	1	0	0,7

ICD		Erst- diagnose N	Zweit- diagnose N	Erst- diagnose %	Zweit- diagnose %
Schizophrenia simplex	295.0	0	1	0	0,7
Hebephrenie	.1	0	2	0	1,4
Katatonie	.2	0	2	0	1,4
Paranoide Schiz.	.3	11	12	8,8	8,4
Schizophrener Defekt	.6	3	3	2,4	2,1
Schizoaffektive Psychose	.7	0	1	0	0,7
andere Schizo- phrenien	.8	0	1	0	0,7
nicht näher bezeich- nete Schizophrenien	.9	37	31	29,6	21,7
Involutionsdepression	296.0	3	4	2,4	2,8
Manie	.1	1	1	0,8	0,7
Depression	.2	3	1	2,4	0,7
Zirkuläre Verlaufs- form der MDP	.3	2	2	1,6	1,4
andere affektive Psychosen	.8	1	0	0,8	0
paranoide Psychose in der Involution	297.1	1	2	0,8	1,4
Phobie	300.2	1	0	0,8	0
andere Persönlich- keitsstörungen	301.8	0	1	0	0,7
nicht näher be- zeichnete Persön- lichkeitsstörungen	.9	3	2	2,4	1,4
episodischer Alkohol- mißbrauch	303.0	3	0	2,4	0
gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch	.1	1	0	0,8	0
chronischer Alkoholmißbrauch	.2	19	27	23,6	18,9
andere Formen des Alkoholismus	.9	5	1	4,0	0,7

ICD		Erst- diagnose N	Zweit- diagnose N	Erst- diagnose %	Zweit- diagnose %
Barbiturat- abhängigkeit	304.2	1	1	0,8	0,7
Tranquilizer- abhängigkeit	.3	1	1	0,8	0,7
kombinierte Medi- kamentenabhängig- keit	.8	5	0	4,0	0
psychische Störungen bei Epilepsie	309.4	2	1	1,6	0,7
psychische Störungen bei Stoffwechsel- störungen	.5	1	1	0,8	0,7
Minderbegabung bei nicht näher be- zeichneter Ursache	310.9	1	2	0,8	1,4
unbestimmter Schwachsinnsgad bei nicht näher be- zeichneter Ursache	315.9	3	2	2,4	1,4
psychiatrisch un- klare Fälle	316.0	0	1	0	0,7
neurologische Krankheiten	316.1	1	0	0,8	0
keine Angabe		89	78		

Hier ist das ICD auf vier Stellen aufgeschlüsselt; dieses ver-
feinerte, aufgesplitterte Schema ist für die weitere Bearbei-
tung nicht praktisch, und so verwenden wir im weiteren das auf
drei Stellen vereinfachte ICD-Schema für die Darstellung von
Beziehungen. Bei der Auszählung der vierstelligen Diagnosen

finden wir insgesamt 46 verschiedene diagnostische Untergruppen. Diese zeigen in bunter und nicht systematisierter Weise Abweichungen unter den Diagnosenstellungen im ersten und im zweiten Schritt. Bei der Erstdiagnose finden wir eine größere Vielfalt im Bereich der Alkoholkrankheiten und Polytoxikomanien unter den 9 %, die diese Diagnose zugeteilt bekommen konnte. Diese Vielfalt und das Bemühen um Differenzierung bei den Suchtkranken schwindet in der klinisch orientierten Perspektive des Landeskrankenhauses. Besonders die Gruppe der chronischen Alkoholkranken - ICD 303.2 - übertrifft alle anderen, was der sachlich gerechtfertigten Bereitschaft des Klinikers entspricht, sehr viele dieser Diagnose zuzuschlagen, die sich selbst für anderweitig krank halten, z.B. glauben, sich noch im Vorfeld der Alkoholkrankheit zu befinden und die diesen Eindruck auch noch bei ihren sozialen Gruppierungen in der Außenwelt aufrecht erhalten konnten. Insgesamt 20 % der Zweitdiagnosen sind Alkoholkrankheiten.

Ganz anders ist das Bild bei den Schizophrenien, die außen diffus und undifferenziert angesehen werden, deshalb auch zu einem großen Teil von uns nicht genauer beschrieben werden konnten, als eben mit einer Zuordnung zur ICD-Ziffer 295.9, als nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen. Es sind 28 % dieser unklaren Schizophrenien gegenüber 10 % genau definierbarer Schizophrenieformen. Bei der Zweitdiagnose sind 21 % nicht für unsere nachträgliche Klassifikation ausreichend definiert gegenüber 15 % deutlich und für uns leicht zuzuordnender Schizophrenieformen.

Die mehrfach als Unterbringungsanlaß benannte Diagnose Delirium tremens schrumpft auf einen einzigen Fall in

der Zweitdiagnostizierung zusammen. Hier scheint die in der Praxis bestätigte Neigung Ausdruck zu finden, daß die Störung, um eine Unterbringungsgewißheit zu haben, mit diesem Begriff in etwas dramatisierender Weise belegt wird. Die Korsakow-Psychose und die Alkoholhalluzinose ersetzen das Delirium der Erstdiagnose im zweidiagnostischen Verfahren innerhalb des Anhörungsvorgangs. Natürlich hält ein Delirium selten über 10 Tage an und taucht auch aus diesem Grunde nicht in der Anhörung auf.

Bei der Betrachtung der Frage, wer die Fakten, Verhaltensweisen und Symptome in den Unterbringungsvorgang hineinträgt, die eine Diagnosestellung nachträglich ermöglichen, oder wer direkt eine Diagnosebezeichnung liefert, müssen wir erst einmal sehen, welche Ärztesgruppen bei den von uns sogenannten Erstgutachten in welchen Zahlen vertreten sind. Die berufliche Einordnung und Art der Institution, aus der das Erstgutachten stammt, ist in 99,5 % gut zu erkennen gewesen.

Die genaue Aufschlüsselung erkennt man in Tabelle 8.

Tabelle 8

Art des Erstgutachtens	Identifizierbare Diagnosen			
	n	%	n	%
Facharzt	73	34,1	49	67
Gesundheitsamt	88	41,1	51	57
Facharzt an der Universitätsklinik	14	6,5	7	50
Hausarzt	38	17,8	18	47

Ausbildung und Institution des Erstgutachtens in absoluten und Prozentangaben, Identifikationsgrad der Diagnosen (n = 213).

Für uns ergab sich aus den Erstgutachten in verschiedenen hoher Genauigkeit die Möglichkeit, eine diagnostische Einordnung in das ICD-Schema vorzunehmen. Die größte diagnostische Eindeutigkeit für die nachträgliche Auswertung durch einen Nervenarzt bot die Begutachtung durch einen Nervenfacharzt im erstdiagnostischen Verfahren. Am unsichersten ist die Beurteilung nach Angaben durch die Ärzte aus der Allgemeinmedizin oder aus nichtpsychiatrischen Einrichtungen. Die im Hinblick auf einen Diagnoseextrakt diffuse Beschreibung der zahlenmäßig kleinsten Gruppe von Unterbringungen auf Gutachten der Universitätsklinik Mainz hin ist nicht eindeutig zu begründen. Als Erklärung denkbar ist einmal, daß eine große Gruppe von in Facharztausbildung befindlichen damit befaßt war, zum zweiten, so könnte ich mir aus eigener Erfahrung vorstellen, hebt man auf Verhaltensstörungen besonderen Ausmaßes oder eine so schlechte Prognose ab, was sich dann eine Universitätsklinik meist nicht mehr zumutet. Die Reihenfolge in der Präzision des Nachvollziehens, welche Erstdiagnose gemeint sein könnte, ist also deutlich an erster Stelle der Nervenfacharzt, dann das Gesundheitsamt, dann die Uniklinik Mainz und im weiteren der Allgemeinmediziner.

Wenn wir im weiteren versuchen, die Verteilungen der Diagnosestellungen auf die verschiedenen Ärzteguppen vorzunehmen, dann benutzen wir - wie jetzt bei all diesen Verfahren - die Aufgliederung nach dem ICD in der dreistelligen Notierung. Die Feinheiten der vierstelligen Notierung hätten das Bild sicher völlig unübersichtlich gemacht.

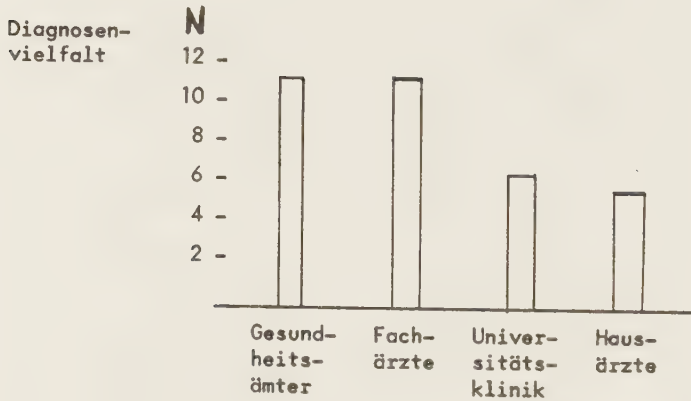
Bei Betrachtung der Tabelle 8 gewinnt man den Eindruck, daß bestimmte Krankheitsbilder durch verschiedene Institutionen ganz spezialisiert bearbeitet werden. Bei den schizophrenen Psychosen liegt die häufigste Begutachtung in 46 % ($n = 22$) bei den Gesundheitsämtern, gefolgt mit fast 40 % ($n = 19$) von den Nervenfachärzten; die Hausärzte und die Uniklinik Mainz haben mit 6 und gar nur einem Fall einen winzigen Anteil. Auch die Alkoholkrankheit, vor allem der Alkoholismus ohne die Alkoholpsychosen betrachtet, zeigen eine Überwiegen gesundheitsamtärztlichen Beschäftigung mit 56 % der Unterbringungen in dieser Diagnosegruppe. Hier folgen die Hausärzte, dann kommen erst Nervenfachärzte und Ärzte der Uniklinik. Die Alkoholpsychosen sind ganz exklusiv eine Diagnoseentscheidung der Nervenfachärzte.

Bei den organischen Hirnstörungen, wo wir vor allem Psychosen bei Hirnarteriosklerose finden, sind 55 % Nervenfachärzte die Erstbegutachtenden. Hausärzte und Gesundheitsamt haben dann mit ca. 20 % weniger Anteil daran.

Bei den affektiven Psychosen sind die Fachärzte und die Gesundheitsämter Überwiegend beteiligt. Für die restlichen Diagnosen besteht keine so hohe Signifikanz.¹ Eine wichtige Beobachtung ist, daß bei den selteneren Krankheitsbezeichnungen nur noch die Fachärzte und Gesundheitsämter vertreten sind.

Diese Aufsplitterung nach Diagnosenvielfalt der einzelnen Gutachtergruppen ist aus der Abbildung 6 zu erkennen.

Abbildung 6



Diagnosenvielfalt bei den verschiedenen
Erstgutachtertypen.

4.2.2 Aufschlüsselung von Diagnosen in der Erst-
begutachtung nach den Sozialdaten der Pro-
banden.

4.2.2.a Geschlechtsverteilung der Diagnosen.

Die Krankheitsbilder in der Gruppe der Zwangs-
untergebrachten verteilt sich auf hoch signi-
fikante Weise auf die Geschlechter auf. Wir
finden eine Diagnose mit deutlichem männlichen
Übergewicht, nämlich die Alkoholkrankheit; bei
den affektiven Psychosen liegt bei den Frauen
das Übergewicht, ähnlich eindeutig.
Bei den Schizophrenien stellen die männlichen
Untergebrachten 63 % ($n = 32$) gegenüber 38 %
($n = 19$) weiblichen Untergebrachten.

Aber für beide Geschlechter ist eindeutig die Schizophrenie mit annähernd 40 % die häufigste Erstdiagnose. Bei den Männern folgt der Alkoholismus mit 28 Personen gegen nur 5 alkoholranke Frauen. Für die weibliche Gruppe ist die wichtigste Diagnose die affektive Psychose. Diese Diagnose ist ja auch aus der Klinik als selten bei Männern bekannt. In unserem Untersuchungsgut bekommt nur ein Mann die Diagnose 296 ICD (Depression) im Rahmen dieser Erstbegutachtung. Die jeweils drittgrößte Gruppe für Männer und für Frauen sind dann die organischen Hirnstörungen, psychotischer Ausprägung. Bei den Männern ist diese Diagnose deutlich häufiger, sie stellt zwei Drittel der 17 Personen mit dieser Krankheit.

Die vierte Stelle in der Häufigkeit wird bei den Männern durch die Alkoholpsychosen eingenommen. Bei ihnen ist diese Krankheit doppelt so häufig Einweisungsanlaß wie bei den Frauen. Bei diesen ist der Alkoholismus die vierthäufigste Zwangseinweisungsursache.

An fünfter Stelle steht bei den Männern die Tabellenabhängigkeit und bei den Frauen die nicht definierten Schwachsinsformen. In der weiteren Auszählung werden die Gruppen sehr klein, so daß wir vor allem aus diesem Grundauf eine verbale Darstellung verzichten möchten. Bei der großen Gruppe der Unterzubringenden ohne für uns ablesbare diagnostische Einordnung fallen die Frauen deutlicher ins Gewicht. Diese unklarere Darstellung im Anfang des Verfahrens verliert sich bei der zweitdiagnostischen Einteilung im Anhörungsverfahren in die Relationen der normalen Geschlechts-

verteilung.

Tabelle 10

G e s c h l e c h t

Diagnosen ICD							N
	N	Reihe %	Säule %	N	Reihe %	Säule %	
290	1	50	1,2	1	50	2,1	2
291	4	80	4,8	1	20	2,1	5
293	12	71,0	14,3	5	29,0	10,4	17
294	1	100,0	1,2			0,0	1
295	32	63,0	38,1	19	37	39,6	51
296	1	10,0	1,2	9	90	18,8	10
297				1	100	2,1	1
300	1	100	1,2			0,0	1
301	1	33	1,2	2	67	4,2	3
303	24	86	28,6	4	14	8,3	28
304	3	60	3,6	2	40	4,2	5
309	2	67	2,4	1	33	2,1	3
310	1	100	1,2				1
315				3	100	6,3	3
316	1	100	1,2				1
	84		100%	48		100%	132

Geschlechtsverteilung der Diagnosen absolut und in reihen- und säulenprozentualer Verteilung.

4.2.2.b Diagnosen - aufgereiht gegen Altersgruppen.

Die Verteilung der 15 verwendeten dreistelligen Diagnosen bei der Erstbegutachtung auf die Altersgruppen sieht in der Kreuztabellierung wie folgt aus (siehe Tabelle 11)

Natürlich sind senile Demenzen nur bei den über 52-Jährigen aufgetreten. Alkoholpsychosen haben wir in allen Altersgruppen oberhalb des 32. Lebensjahres, also nach den klinisch allgemein Üblichen, durchschnittlich 12 Trinkjahren in gleichmäßiger Verteilung vorgefunden. Die psychotischen Erkrankungen bei organischen Hirnkrankheiten zeigen sich zwischen 32 und 51 Jahren in 30 % und treten dann jenseits des 62. Lebensjahres zu 70 % auf. Hier handelt es sich überwiegend um hirnarteriosklerotische Krankheitsbilder.

Die Verteilung der schizophrenen Erkrankungen entlang der Altersskala zeigt eine angenäherte Glockenform. Zwischen dem 32. und 41. Lebensjahr scheint die Notwendigkeit einer Zwangsunterbringung am größten zu sein. Erneut finden wir dann bei den über 52-Jährigen und in der höchsten Altersgruppe einen leichten Anstieg. Hierbei geht sicher der diagnostisch nicht einheitlich verwertete Begriff der Spätschizophrenie mit ein. Vielleicht spielt auch eine Verwechslung mit paranoiden Alterskrankheiten eine Rolle. Bei den affektiven Psychosen haben wir einen jugendlichen Untergebrachten mit dieser Diagnose, und sonst finden wir erst ein Auftreten jenseits des 42. Lebensjahres mit einer langsam absteigenden Tendenz zu höherem Lebensalter hin. Zusammengefaßt finden wir bei den endogenen Psychosen eine Altersverteilung von geradezu lehrbuchhafter Form. Wir finden nur ein paranoides Syndrom als Altersparanoid aufgeführt.

Neurosen tauchen als Diagnosen bei den Zwangsuntergebrachten in dieser Studie nur ein einziges Mal auf. Sicherlich besteht im Rahmen der Suchtkrankheiten eine erhebliche Dunkelziffer, die man diesem Bereich

zuschlagen könnte. Da jedoch nur Erstdiagnosen Verwendung fanden, wird eine Doppeldiagnostik nicht möglich. Dies ist allerdings keine willkürliche Entscheidung von uns, da im vorliegenden erstgutachtlichen Material in extrem seltenen Fällen nur Hinweise auf eine psychodynamische Betrachtungsweise vorliegen. Eine Anpassung an polizeirechtliches Denken ist hier eigentlich die Regel. Wir sehen natürlich ein, daß ein Zwangsunterbringungs-Gutachten nicht unbedingt ein Ort zur Diskussion einer Neuroseentstehung sein muß.

Persönlichkeitsstörungen sind so selten, daß sich eine Assoziation mit den Altersgruppen nicht lohnt.

Der Alkoholismus zeigt sich ab 22 Jahre, er steigt ab 32 Jahre weiter an, hat einen Gipfel zwischen dem 42. und 51. Lebensjahr und sinkt in den verbleibenden zwei Altersgruppen wieder ab. Wir finden auch hier eine Verteilung in lehrbuchhafter Form. Alkoholismus als "Krankheit der besten Mannesjahre" bei vieljähriger Anamnese wird deutlich bei den Zwangsuntergebrachten aufgezeigt. Die Untersuchung liegt offensichtlich vor dem Zeitpunkt, zu dem sich die Alkoholkrankheit von Jugendlichen stärker entwickelte.

Die Medikamentenabhängigkeit in allen Formen ist nicht häufig und folgt der Verteilung der Alkoholismuskurve.

Sexuelle Abweichung nicht psychotischer Störungen bei körperlichen Krankheiten, psychosomatische Störungen treten sogar wie gar nicht in Erscheinung.

Tabelle 11

N Alter	4	19	35	25	22	27
Diagnosen	16-21	22-31	32-41	42-51	52-61	62-92
Demenzen					2 100 %	
Alkohol- psychosen			1 20 %	1 20 %	1 20 %	2 40 %
organische Hirnstörungen			2 11,8	3 17,6 %		12 70,6
Psychosen bei körperlichen Krankheiten			1 100 %			
Schizo- phrenien	2 3,9 %	11 21,6 %	19 37,3 %	4 7,8 %	11 21,6 %	4 7,8 %
affektive Psychosen	1 10 %			4 40 %	3 30 %	2 20 %
paranoide Syndrome						1 100 %
Neurosen			1 100 %			
Persönlich- keitsstörungen	1 33,3 %			1 33,3 %		1 33,3 %
Alkoholismus		3 10,7 %	8 28,6 %	11 39,3 %	5 17,9 %	1 3,6 %
Polytoxiko- manie		1 20 %	2 40 %	1 20 %		1 20 %
Nichtpsychosen bei körperl. Krankheiten		1 33,3 %				2 66,7 %
Debilität		1 100 %				
Debilität		1 33,3 %				1 33,3 %
psychiatrisch unklar		1 100 %				

Altersverteilung für verschiedene Diagnosen (n=132)

Formen der Debität werden vorwiegend bei Menschen bis zum 41. Lebensjahr zum Unterbringungsgrund.

Einmal nur bei einem sehr alten Menschen.

Es findet sich nur ein psychiatrisch unklarer Fall bei den Untergebrachten im Alter von 26 Jahren, der auffällig geworden war durch Diebstähle, bei dem sich dann ein inoperabler Hirntumor herausstellte.

4.2.2.c Diagnosen und Zivilstand

Wir haben bei 96 Personen das Zusammentreffen von Diagnostizierbarkeit und Angaben über den Stand gefunden. Die Einzelheiten erkennt man in der Tabelle 12.

Tabelle 12

REIHE SÄULE	ledig		verh.		gesch.		verw.		getr.		N
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
Demenzen	50 2,9	1	50 2,4	1							2
Alkohol- psychosen	25 2,9	1	50 4,8	2	25 14,3	1					4
organische Hirnstörungen	10 2,9	1	80 19	8			10 12,5	1			10
Psychosen bei körperl. Krankheiten	100 2,9	1									1
Schizo- phrenien	47,5 55,9	19	42,5 40,5	17			7,5 37,5	3	2,5 20	1	40
Affektive Psychosen	14,3 2,9	1	28,6 4,8	2			42,9 37,5	3	14,3 20	1	7
Paranoide Syndrome							100 12,5	1			1
Neurosen, Persönlich- keitsstörungen	33,3 2,9	1	33,3 2,4	1	33,3 14,3	1					3
Alkohol, Medikamenten	25,2 17,7	6	46,2 26,2	11	21 71,4	5			8,4 40	2	24
Nicht Psycho- sen b.körperl. Krankheiten	100 5,9	2									2
Debilität	50,0 2,9	1							50 20	1	2
N =											
	34		42		7		8		5		

Diagnosen und Zivilstand (n = 96) in absoluter, Reihen- und Säulenprozentzählung.

Abweichungen der diagnostizierten von unserer Gesamtgruppe.

Es zeigen sich Abweichungen insofern, als sie häufiger mit 2,6 % ledig sind und seltener mit 2,2 % verheiratet sind. Scheidungen kommen in dieser Gruppe um 2 % häufiger vor. Verwitwet zu sein ist deutlich seltener mit 5,3 %. Man kann hieraus den Schluß ziehen, daß eine größere Fülle von Daten, die zur Diagnostizierung dienen, bei Personen mit dem Zivilstand ledig oder geschieden häufiger aufgeführt werden. Verheiratet oder verwitwet zu sein löst weniger Angaben aus.

Wir haben eine recht große Gruppe unter den schizophren Erkrankten, bei denen Interesse an Angaben zum Zivilstand zu bestehen schien. Hierbei überwiegen die Ledigen, die Verheirateten; wenn man aber die Verwitweten und getrennt Lebenden hinzunimmt, haben wir 52,5 % ($n = 20$) mit dieser sozial doch so giftigen Erkrankung, die es irgendwann einmal geschafft haben, eine Ehe zu schließen.

Von den Ledigen sind 56 % wegen einer Schizophrenie eingewiesen ($n = 19$). Wegen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind 18 % ($n = 6$) von den Ledigen eingewiesen.

Bei der Alkoholikerguppe finden wir ca. 30 %, die geschieden und getrennt leben. In wahrscheinlich funktionierenden und aufrechterhaltenen Ehen finden wir fast die Hälfte, und ein Fünftel ist noch ledig. Untergebrachte mit organischen Psychosen - wir erinnern an den recht hohen Alterswert in dieser Krankheitsgruppe - sind zu 80 % verheiratet. Die Verwitweten treten gehäuft bei der affektiven Psychose mit 37,5 % auf. Von dieser Diagnosegruppe wird auch 43 %

von Verwitweten besetzt.

4.2.2.d Diagnosen und Berufsverteilung

Eine Tabelle hierüber führen wir nicht auf, da die Assoziationen keine interessanten Ergebnisse brachten.

Die qualitativ auffälligsten Angaben findet man eigentlich dort, wo keine Angaben gemacht werden. Bei denjenigen mit der Bezeichnung "kein Beruf" ist auch am seltensten, nämlich nur in 25 % eine Diagnosestellung möglich gewesen. Mit dem Umfang der sozialen Daten und der Verhaltensschilderung steigt naturgemäß unsere Möglichkeit, deutliche Hinweise für eine Diagnose zu finden. Von den Untergebrachten mit affektiven Psychosen sind in 90 % die Berufsangaben weggelassen. Das Krankheitsbild mit der eindeutigen, vielleicht sogar suicidalen Symptomatik, oder in seinem manischen Gegenstück, das ja als Musterbild des Verrücktseins überhaupt gilt, bedarf offensichtlich weniger Zusatzerläuterungen aus dem sozialen Bezirk. Auch bei den hirnganischen Psychosen, verstärkt durch die hohe Altersstufe, finden wir bei mehr als zwei Dritteln keine Angaben zum Beruf.

Bei den Alkoholpsychosen erscheint auch in 60 % der Hinweis auf einen Berufshintergrund nicht sinnvoll. Bei der Diagnose Tablettenabhängigkeit ist überhaupt kein Beruf aufgeführt. Aus eher einleuchtenden Gründen erscheint ebenfalls kein Berufshinweis bei den Schwachsinnskranken.

Bei den Alkoholkranken finden wir eine recht große Menge von definierten Berufsangaben; in 54 % sind Angaben gemacht, was vor dem Hintergrund der allgemeinen

Vernachlässigung dieses Parameters die soziale Wichtigkeit und Relevanz des Berufs bei der Sozialkrankheit Alkoholismus erkennen läßt.

Bei der Schizophrenie liegt der Anteil der Akten, in denen keine Angaben zum beruflichen Hintergrund erscheinen, ähnlich hoch: nämlich bei 47 %. Die weitere berufliche Aufteilung bei diesem Krankheitsbild zeigt einen hohen Anteil an Arbeitslosen. Von dieser Gruppe stellt die Krankheit Schizophrenie 66 %, doch auch 6 der 10 Hausfrauen haben diese Diagnose. Der ausdrückliche Vermerk "ohne Beruf" ist auch nur in dieser Diagnosegruppe zu finden. Der Anteil der Rentner mit nicht einmal 4 % des Gesamtbestandes der Schizophrenen weist darauf hin, daß diejenigen Schizophrenen, die eine Rentnerkarriere ansteuern konnten, nicht mehr oft zwangsuntergebracht werden. Hilfsarbeiter, Facharbeiter und Angestellte stellen je 6 % bei dieser Gruppe.

Diagnosemerkmale bei den anderen Berufen wollen wir nicht mehr aufschlüsseln.

Bei den Alkoholikern hatten wir ja die Gruppe, bei der das Merkmal Beruf am häufigsten auftaucht. Die größte Einzelgruppe stellen die Facharbeiter mit 1/7, sonst finden wir eine ganz gleichmäßige Verteilung über alle Berufsgruppen. Bemerkenswert ist die geringe Beteiligung an der Arbeitslosengruppe mit nur 7 %. Hier finden wir eine Bestätigung, daß den Alkoholkranken der Zugriff der Zwangsunterbringung häufig aus dem vollen Arbeitsleben heraus ereignet. Die gesellschaftliche Funktion als Arbeitender wird häufig immer noch voll wahrgenommen und - wie schon erwähnt - am häufigsten noch aufgeführt in Stellungnahmen, Sozialberichten und Gutachten.

Insgesamt scheint keine deutliche Koppelung des Berufs und der Diagnose zu bestehen. Eine irgendwie geartete Kombination beider Merkmale führt nicht zu einer leichteren Einweisung.

4.2.2.e Diagnosen und Primärgruppen.

Bei 114 Personen treffen Angaben über die Diagnose und die Primärgruppe zusammen. Von 131 Personen, die eine für uns faßbare Diagnose haben, ist das ein recht großer Prozentsatz. Von Interesse erschienen uns unsere Untersuchungen allerdings vor allem für die Diagnosen Hirnarteriosklerose, Schizophrenie, affektive Psychose und Alkoholismus.

Die Einzelheiten kann man der Tabelle 13 entnehmen.

Wir reihen wieder in der Abfolge der jeweils größten Gruppen innerhalb der Diagnosen auf. Wir hatten insgesamt 51mal die Diagnose Schizophrenie stellen können. Bei immerhin 48 hiervon (also 95 %) erscheint ein Hinweis auf die Primärgruppe. Die Hälfte beinahe lebt in der elterlichen Familie, ein Zehntel ist isoliert, ein Zehntel lebt in einem Heim, ein Drittel hat sich immerhin eine eigene Familie gründen können und lebt noch darin. Sehr deutlich wird aber gegenüber der Zahl von über 50 % der Schizophrenen, die irgendwann einmal geheiratet haben, daß es eben nicht möglich erschien, unter dem Druck dieser Erkrankung die Ehe über die Zeit hinwegzuretten. 17 % sind aus den Ehen selbst wieder ausgeschieden oder ausgestoßen worden. Die zweite Form, daß eben Partner sich vom Kranken getrennt haben, kann man wohl als die häufigere annehmen.

Eine noch recht wichtige Untersuchung, nämlich über die mehr als 30 Jahre alten Personen mit der Diagnose Schizophrenie, die noch in der elterlichen Familie leben, wird sich später anschließen.

Bei der genaueren Betrachtung der Abweichungen in einzelnen Diagnosegruppen gegenüber dem gesamten Kollektiv finden wir bei den organischen Hirnstörungen (ICD 293) eine deutliche Bevorzugung der Primärgruppe eigene Familie, nämlich in 70 % gegenüber 41 % der Gesamtgruppe. Ebenfalls lebt diese Diagnosegruppe sehr deutlich, nämlich dreimal so häufig wie die anderen, in Heimen. Die Erklärung liegt auf der Hand; es sind Erkrankungen, die in höherem Lebensalter in der Regel auftreten, also eine Eheschließung nicht beeinträchtigen konnten, denn der Krankheitseintritt ergab sich deutlich wesentlich später als die Heiratszeit.

Tabelle 13

	elterliche Familie		eigene Familie		Kollegen/ Nachbarn		Heim		isoliert		
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
Demenzen	50	1	50	1							2
Alkoholpsychosen	25	1	25	1			25	1	25	1	4
organische Hirnstörungen			70	7			30	3			10
Psychosen bei körperlichen Krankheiten	100	1									1
Schizophrenien	44	21	35	17	2	1	8	4	10	5	48
Affektive Psychosen	25	2	37,5	3	12,5	1	12,5	1	12,5	1	8
Paranoide Syndrome									100	1	1
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	25	1	25	1					50	2	4
Alkohol- und Tablettenabhängigkeit	27	8	37	11	3	1	7	2	27	8	30
Nicht-Psychosen bei körperlichen Krankh.	67	2					33	1			3
Debilität	33	1							67	2	3
		38		41		3		12		20	114

Diagnosen und Primärgruppe (n = 114); Angaben in absoluten Zahlen und in Reihenprozent.

Ebenfalls aus dem hohen Alter ist die Häufung von Heimbewohnern zu erklären, wie wir ja auch in der allgemeinen Alterstabelle sehen konnten.

Bei den affektiven Psychosen finden wir eine ziemlich genau der Gesamtverteilung entsprechende Aufteilung auf die verschiedenen Typen von Primärgruppen. Hier zeigt sich, daß diese Erkrankung keinen sehr deutlichen Bezug zur sozialen Gruppe hat, in der man lebt.

Die Alkoholkrankheit führt zu einer Häufung des Lebens in der elterlichen Familie und zu einer später erfolgenden Abnahme der Primärgruppe eigene Familie. Völlig isoliert zu leben findet man auch deutlich häufiger, verbunden mit dieser Krankheit.

4.2.2.f Aufschlüsselung nach Sozialdaten und diagnostischer Einordnung der über 30-Jährigen, die noch in der elterlichen Familie leben.

Wir haben insgesamt 30 Personen gefunden, die mehr als 30 Jahre alt sind und noch bei Vater und Mutter leben. Hiervon sind 20 Männer und 10 Frauen. Die Altersverteilung zeigt, daß fast die Hälfte in der Gruppe der 31- bis 41-Jährigen ist, ungefähr ein Drittel sind in der Gruppe der 42- bis 51-Jährigen und ein Fünftel in der Gruppe der über 52-Jährigen. Hiervon sind zwei Personen in den hohen 70ern.

Die diagnostische Aufschlüsselung ist bei 25 Personen möglich. Hiervon entfällt die Diagnose Schizophrenie auf die Hälfte der Gruppe. Die nächst große Gruppe, Alkoholkrankheit, wird in dieser sozialen Auswahl nur zu 16 % angetroffen. Die anderen Diagnosen sind im wesentlichen gleichmäßig verteilt vorgefunden worden.

Von dieser Gruppe der bei den Eltern Lebenden läßt sich aus der Betrachtung des Zivilstands (Angaben liegen für 26 Personen vor) erkennen, daß natürlich der Anteil der nie Verheirateten am größten ist: es handelt sich um 65 %. Immerhin fast ein Viertel ist noch verheiratet und 12 % sind geschieden, verwitwet oder ausdrücklich getrennt. Zwei Drittel haben also keinen Partner; die Gruppe der Verheirateten konnte nicht näher differenziert werden. Der Anteil der nicht mit dem Ehepartner im elterlichen Haus Lebenden vermischt sich in undifferenzierbarer Weise mit den Personen, die in einem teilweise dörflichen Einzugsgebiet in Großfamilienstrukturen leben, also zusammen mit dem Ehepartner, ganz natürlicherweise im Elternhaus. Die Bezeichnung "lebt bei den Eltern", die sinngemäß am häufigsten vorgefunden wurde, läßt vom Sprachgebrauch her beide Möglichkeiten in gleicher Weise zu.

Zur beruflichen Gliederung fällt auf, daß fast 60 % keine Angabe zum Beruf bekommen haben, das ist etwas weniger als die Angabelosen in der Gesamtgruppe. Die Arbeitslosen stellen genau ein Fünftel, Hilfsarbeiter und Facharbeiter sind je 14 %. Der Rest sind Rentner oder Hausfrauen.

Die Hälfte dieser Gruppe lebt in Dörfern, also deutlich mehr als im Gesamtkollektiv, wo wir 36 % in Dörfern lebend vorfanden; in Kleinstädten, mittleren Städten und der Großstadt ist diese Gruppe deutlich unterrepräsentiert, allerdings in gleichmäßiger Verteilung. In den Dörfern mit der in Rheinland-Pfalz häufigen Berufsart des Rucksack-Bauern, der noch Land besitzt, zum Teil bearbeitet neben der Haupttätigkeit in irgendeinem Industriebetrieb, sind häufig noch

große Häuser und damit Großfamilien vorzufinden, die dann so vielfältig gescheiterten Kindern gut Wohnraum bieten können.

Über diese Gruppe gibt es ja sehr viele klinische Beobachtungen, die familien-pathologischen Untersuchungen gehen sehr häufig von solchen familiären Konstellationen aus. Mit den vorhandenen Angaben läßt sich aber die klinisch-psychopathologische Betrachtung nicht weiter rechtfertigen, obwohl wir hier sicher einen mit bestimmten Merkmalshäufungen versehenen relativ "typischen" Untergebrachten vorfinden.

4.2.2.● Diagnosen in ihrer Verteilung auf die Wohnorte.

Wir nehmen wieder die quantitativ größte Gruppe, die der Schizophrenen zuerst, und schauen auf Abweichungen gegenüber der Gesamtgruppe; dort haben wir in der Großstadt 27 %, bei den Schizophrenen leben 37,3 % in der Großstadt. Diese Bevorzugung entspricht den gängigen Erfahrungen, daß die Großstadt einen akkumulierenden Effekt auf die Krankengruppe Schizophrenie hat. Sei es im Zuge des Ausweichens aus sozial kontrollierenden, kleineren Kommunen, sei es im Versuch, das rascher zugängliche Arbeitsplatzangebot der großen Stadt zu nutzen, oder sei es in den eher krankmachenden großstädtischen Milieubedingungen begründet. In Dörfern, kleineren Städten und mittleren Städten sind annähernd gleiche quantitative Abweichungen von der Verteilung in der Großgruppe. In der Wohnort-Kategorie Dorf ist die Abweichung nach unten am größten, was eine Bestätigung des oben angenommenen Ausweichens vor stärkerer sozialer Kontrolle in einer kleinen Gemeinde sein könnte.

Bei der Alkoholkrankheit sehen wir die größte Gruppe auf dem Dorf: 43 % hiervon leben in Gemeinden unter 2.000 Einwohnern, 37 % der Gesamtgruppe; auch in den Kleinstädten ist der Anteil der Alkoholiker proportional größer, nämlich ein Viertel lebt in der Kleinstadt gegenüber 14 % aus der Gesamtgruppe der Zwangsuntergebrachten.

In mittleren Städten lebt eine verschwindend kleine Gruppe. Nur 7 % gegenüber 20 % in der untersuchten Gesamtgruppe. Hierfür gibt es keine Erklärung.

Von den Alkoholkranken, die in die Landesnervenklinik A. zwangsweise eingewiesen wurden und die in der Großstadt leben, fällt der sehr geringe Anteil auf. Fast ein Drittel des Gesamtkollektivs lebt in der Großstadt, Alkoholiker sind nur 25 %. Das kann mit der Erfassung durch andere Therapieformen zusammenhängen, vielleicht liegt es an den Suchtberatungsstellen, und sicher hängt es auch mit der größeren Toleranz oder Gleichgültigkeit gegenüber einem schwer Alkoholkranken zusammen. Die alkoholische Existenzform erscheint innerhalb der Großstadt eher absorbierbar. In kleinen Orten gibt es nicht so viele anonyme Wohnmöglichkeiten, späte Kneipen und auch Asyle, so daß der häufig Betrunkene auf der Straße steht und schneller zum öffentlichen Ärgernis wird und dann auch Zwangsbehandlungsfall erscheint.

Untergebrachte mit organischen Psychosen, also insbesondere Hirnarteriosklerosen, deren erfaßbare Zahl bei 17 liegt, leben zu fast 60 % in Dörfern; also die Möglichkeit, einen alten, dementen Angehörigen dort unterzubringen und in der Großfamilie zu pflegen, scheint nicht in dem Umfang zu bestehen. Es gibt einen Hinweis darauf, daß Dorfbewohner eventuell einen

höheren Anteil an hirnorganischen Psychosen stellt. Vielleicht hängt das mit der höheren Lebenserwartung auf dem wohl gesünderen Land zusammen.

4.2.2.g Unvollständigkeit der Sozialdaten in ihrer Beziehung zu den übrigen Variablen.

Interessant ist auch eine Untersuchung aller Variablen ,abhängig von der Frage, ob der Sozialstatus in die Akten genau aufgenommen und detailliert geschildert ist. Wie verhalten sich diese Variablen bei Personen ,deren soziale Daten nicht aufgeführt worden sind :Stand ,Beruf und Primärgruppe können hierzu untersucht werden ,da diese psychiatrisch doch sehr relevanten Größen in den Akten sehr verschieden häufig auftauchen. In den meisten von uns überprüften Positionen unseres Fragenapparates hat das überhaupt keinen Einfluß. So besteht kein Zusammenhang mit Art und Umfang einer früheren psychiatrischen Anamnese, außer daß Klienten mit früheren Kliniksunterbringungen und besonders mit früheren Zwangsunterbringungen deutlich wesentlich weniger sozialstatistische Angaben mitbekommen als die anderen in der Gruppe. Hier wird eine alte These der Psychiatriekritik bestätigt, daß im Spiel der unterbringungsentscheidenden Institutionen diese Tatsache wesentlich weniger fundamentales Interesse für die Person und den sozialen Hintergrund des Betreffenden auslöst. Dieser Mensch war schon einmal untergebracht, also kann es beim nächsten Mal auch nicht grundverkehrt sein, ihn wieder unterzubringen.

Wer den Störenden zur Anzeige bringt, wer das Gutachten liefert, wie der juristisch bestimmte Ablauf des Verfahrens sich entwickelte all das

zeigt keinen Zusammenhang mit der Fülle der Sozialdaten.

Bei der Untersuchung der Altersgruppen finden wir ,daß mit steigendem Alter die Dichte der sozialen Daten abnimmt. Je jünger der Unterzubringende ist, desto genauer wird sein sozialer Hintergrund angeschaut.

In einem weiteren Punkt finden wir noch Unterschiede zwischen denen mit vollständigem Sozialstatus und denen ohne. Der Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik liegt bei den Personen ohne genaue Daten deutlich früher. Ob sich hier ein Hinweis für eine oberflächlicher arbeitende "Drehtürpsychiatrie" abzeichnet, ist nicht klar zu sagen. Zu vermuten ist, daß die schon erwähnten früher schon Zwangsuntergebrachten das Bild dieser Gruppe wesentlich mitbestimmen.

Bei der Betrachtung der Diagnosen unter dem Maßstab ganz ausgelassener oder unvollständiger Sozialdaten können wir nur über einige der gefundenen Krankheitsbilder Aussagen machen. Bei den hirnorganischen Psychosen finden wir umfangreich das Fehlen von Angaben. Allein aus dieser Gruppe werden 40% zu dem Kollektiv der sozial nicht so bekannt gewordenen beige-tragen.

Bei der Schizophrenie taucht eine Fülle von sozialen Informationen auf; 94 % = 48 Personen mit dieser Erkrankung weisen alle oder die meisten sozialen Parameter in den Akten auf. Nur 6 % n=3 gar keine.

Ähnlich sozial relevant wird die Krankheit Al-koholismus gesehen ; auch von dieser Diagnose-gruppe sind nur 10 % ohne ausführliche soziale und familiäre Hintergrundsschilderung durch das Unterbringungsverfahren gelaufen.

Wenn Informationen über eine frühere stationäre Behandlung entweder in einer Landesnervenklinik oder direkt in Alzey vorliegen , taucht selten jemand auf , über den soziale Daten vernachlässigt wurden. In 86 % fallen ausführlichere Darstellungen des sozialen Hintergrunds mit der Erwähnung einer solchen stationären Behandlung zusammen. Hier scheint auch wieder das Phänomen vorzuliegen, daß bestimmte Leute deutlich gehäuft Angaben bekommen, während andere eine wenig detail-reiche Akte erzeugen, sei es nun im sozialen Bereich oder bei der Frage nach früheren Erkrankungen. Das spezielle Merkmal einer früheren zwangsweisen Behandlung schafft keinen deutlichen Unterschied in Assoziation mit dem Fehlen der Sozialangaben.

Bei der Untersuchung der Beziehungen zwischen mangelnden familiären und sozialen Daten und der Herkunft des ersten Hinweises , mit dem der Unter-

bringungsvorgang angestoßen wurde zeigt sich eine hohe Kontingenz.

Bei Unterbringungen auf einen ersten Hinweis eines Hausarztes hin haben wir die meisten Personen ohne besondere soziale Angaben, nämlich 61 % dieser Gruppe (n=19).

Hinweise von Familienmitgliedern scheinen das Bedürfnis auszulösen, deutlich mehr über den sozialen Hintergrund zu vermerken und aktenkundig zu machen. Wahrscheinlich jedoch tragen diese Informanten auch ohnehin soviel Daten über den familiären Hintergrund des Betroffenen hinein, einfach durch ihre Erwähnung als Informanten, daß neben dem Mißtrauen der Behörden, daß da jemand aus einer Familie eventuell angeschwärzt und kaltgestellt würde, dieser Informationsreichtum bei den hier gemeinten 78 Personen klar begründbar erschien.

Ein ähnlicher Aspekt wird in der Beziehung Art des Erstgutachters zum Umfang sozialer Daten beleuchtet. Das Gesundheitsamt erstellt eher Einweisungsgutachten mit deutlichem sozialem Hintergrund und psychiatrische Fachärzte sind -vielleicht durch ihre Sicherheit in Psychopathologie- offensichtlich eher geneigt soziale Details zu vernachlässigen. Bei keiner Gutachtersparte finden wir allerdings, daß das Auslassen von Sozialdaten das Übergewicht hätte.

Wie an anderer Stelle ausgeführt ,wird die Begründung für eine Nichtanhörung im Wortlaut dem Gesetzestext entnommen und bedarfsweise angepaßt. Eine Einschätzung, daß der Geisteszustand des Kranken eine Anhörung nicht zulasse ,tritt häufiger bei Personen ohne soziale Daten auf ,als bei sozial umfassend Beschriebenen. Personen mit umfangreichen Sozialdaten werden vermehrt in der Kategorie Gefahr im Verzuge angesiedelt.

In den Sozialdaten, die immer vorhanden waren, zum Beispiel im Alter des Untergebrachten findet sich eine gewisse Häufung von genaueren Angaben bei jüngeren Patienten und ein Schwund von Angaben bei älteren.

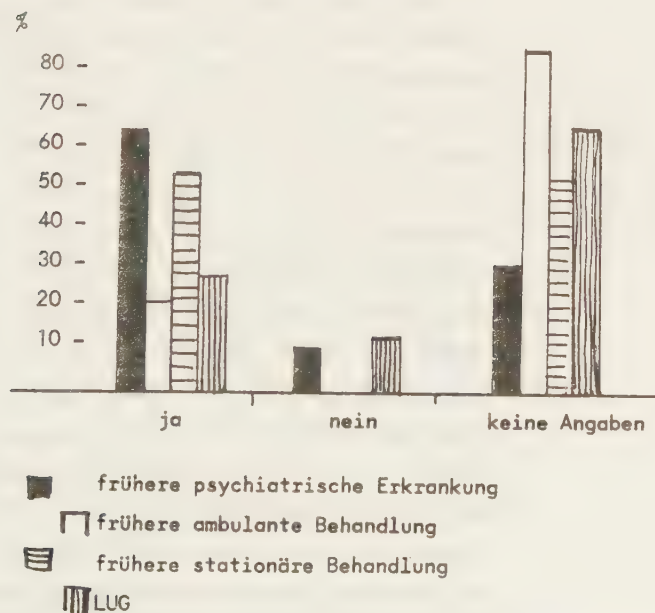
Im weiteren Verlauf des Unterbringungsverfahrens in den prozessualen Feinheiten findet sich kein Hinweis darauf, daß die Gruppe ohne Sozialdaten irgendwie anders behandelt würde. Diese Daten oder das Fehlen derselben zeigen Relevanz in den ersten Tagen und Stunden des Unterbringungsverfahrens, später gleicht sich das Informationsdefizit auf sozialem Gebiet deutlich aus. Ein einziger deutlicher Hinweis zeigt sich mit dem Zeitpunkt der Entlassung. Von den Entlassenen haben merkwürdigerweise die ohne umfangreiche anfängliche Sozialdaten ^{en} ein unverhältnismäßig großen Anteil an den Früh-Entlassungen, d.h. vor Ablauf von 6 Wochen oder 8 Wochen, nämlich 70 % dieser Gruppe.

4.3. Frühere psychiatrische Anamnese.

4.3.1 Hinweise auf frühere psychiatrische Erkrankungen.

Von den 222 ausgewerteten Akten lassen sich bei 161 Personen definierte Angaben über eine frühere psychiatrische Erkrankung finden. In 61 Fällen oder 27 % wird in den Schriftstücken kein Hinweis hierauf gegeben. Bei 141 Personen oder 63 % liegt eine Angabe darüber vor, daß sie schon einmal als psychisch erkrankt beschrieben wurden, in 19 Fällen oder 7 % wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß keine frühere psychiatrische Erkrankung bekannt war (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7



Verteilung der Erkrankungshäufigkeit und Behandlungsformen, prozentual (n = 222).

Diese Angaben kann man nur sehr vorsichtig werten, da gelegentlich den Amtspersonen sicher nicht bekannt ist, ob wirklich jemand krank war; wir waren dennoch überrascht, wieviele Leute über diese doch recht intime Information verfügen und diese in solch ein Verfahren einbringen konnten. Der Hinweis, daß jemand psychisch krank war, wird gerne zur Stärkung der Berechtigung für das jetzt anliegende Verfahren herangezogen. Es bleibt, daß bei 3/4 der gesamten Gruppe Hinweise auf eine vorherige psychiatrische Anamnese eingebracht werden konnten.

4.3.2 Frühere ambulante Behandlungen

Genauere Details über die Art der ambulanten Behandlungen der erwähnten psychischen Erkrankung, ob nun z.B. durch den Hausarzt, durch einen psychiatrischen Facharzt oder durch die Universitäts-Poliklinik, scheinen für dieses Verfahren relativ unwichtig. Nur in 46 Fällen, also 1/5, findet sich eine deutliche Angabe über frühere ambulante Behandlung; dabei überwiegen in den wenigen definierten Fällen Kontakte mit Fachärzten zu 56 %, die 41 % der ambulanten Behandlungen durch Allgemeinmediziner. Das geringe Interesse an diesen Informationen zur Vorgeschichte erscheint merkwürdig, da man annehmen sollte, daß man sich ausgiebig Gedanken über Art, Umfang und Erfolge oder Mißerfolge früherer ärztlicher Interventionen machen könnte, bevor man zu dem sehr einschneidenden Werkzeug einer Zwangsunterbringung greift. Man könnte annehmen, daß sozusagen erst detailliert das Fehlschlagen ambulanter Behandlungsbemühungen bewiesen werden sollte, damit schon u.a. später diese Informationen

aufgreifende Stellen nicht nachhaken.

Irgendwie scheint ein Gefälle zu bestehen. Wenn jemand erst in der Richtung auf die Erwägung einer Unterbringung geraten ist, wenn Schritte unternommen wurden, dann taucht in den Akten sehr selten ein Hinweis darauf auf, daß es sinnvoll oder schon einmal erfolgreich praktiziert worden sei, ambulante oder sonst irgendwie geartete psychiatrische oder sozialpsychiatrische Bemühungen vor der Zwangseinweisung noch einmal zu probieren. Auf diesen Punkt der Möglichkeit einer sozialpsychiatrisch interessierten Vermeidung von Zwangseinweisungen wird später noch ausführlich einzugehen sein.

4.3.3 Stationäre Vorbehandlungen.

Als nächste Frage taucht auf, ob stationäre Behandlungen früher stattgefunden haben. Wir finden hier doch Angaben bei 115 Personen mit genaueren Informationen, wo eine Behandlung stattfand. Die annähernd so große Gruppe, 107 Personen, bei denen kein Hinweis auf den Ort und die Tatsache einer früheren stationären, psychiatrischen Behandlung auftaucht, stellen zum Teil wohl eindeutig eine Unterbringung fordernde Fälle dar, bei denen ein Hinweis zur Vorgeschichte nicht erforderlich zur Stütze des Antrags erscheint; oder sie sind eben nie vorher stationär psychiatrisch behandelt worden.

Verteilung der Angaben über stationäre Behandlung siehe Abbildung 7.

Fast 70 % der erwähnten stationären Behandlungen fanden in Landeskrankenhäusern statt; 10 % hiervon

in auswärtigen Kliniken und der Rest in der Landesnervenklinik Alzey; ein Drittel wurde früher schon einmal in anderen, stationären psychiatrischen Einrichtungen behandelt. In erster Linie kommt hierfür die Neuro-psychiatrische Universitätsklinik Mainz in Frage.

4.3.3.a Stationäre Vorbehandlungen nach Landesunterbringungsgesetz.

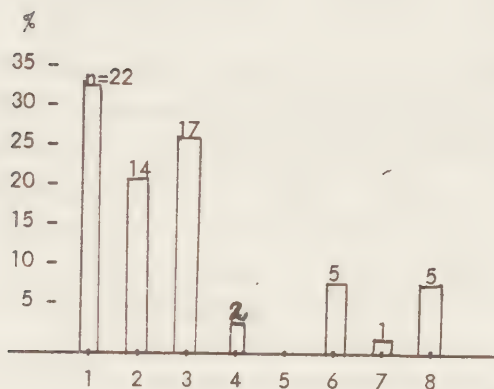
Das deutliche Überwiegen derjenigen, die schon in der untersuchten Landesnervenklinik früher stationär behandelt wurden, steigert sich noch bei Hinzuziehen der Informationen über frühere Unterbringungen nach dem Landesunterbringungsgesetz; 51 Personen tragen in den Akten ein Hinweis auf eine Unterbringung nach dem Landesunterbringungsgesetz zu früheren Zeiten. Nur 6 davon waren in anderen Einrichtungen als der Landesnervenklinik Alzey untergebracht. Bei 22 Personen findet sich der deutliche Verweis auf keinerlei frühere Unterbringungen nach dem rheinland-pfälzischen Landesunterbringungsgesetz.

4.3.3.b Anzahl der Unterbringungen.

In der nächsten Frage nach der Anzahl der früheren Unterbringungen kann davon ausgegangen werden, daß Überwiegend bei der Erwähnung von früheren Unterbringungen solche nach dem Landesunterbringungsgesetz gemeint waren. Ganz trennscharf ist aber doch nicht von einfachen, nicht gerichtlich angeordneten Unterbringungen zu unterscheiden, da sich im Sprachgebrauch die Behandlung in einer Landesnervenklinik sehr oft als eine Unterbringung wiederfindet, obwohl nur ein ganz normaler, freiwillig beschlossener Behandlungs-

vertrag vorliegt. Wir haben hier jetzt eine größere Gruppe von 67 Personen, die wir nach der Anzahl der Unterbringungen aufgliedern konnten (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8



Anzahl der früheren Unterbringungen prozentual
($n = 67$).

Wir sehen, daß die größte Gruppe, nämlich ein Drittel, nur einmal untergebracht war. Zweimal untergebracht war ein Fünftel, und ein Viertel war dreimal untergebracht. Vier- oder fünfmal untergebracht worden zu sein war dann recht selten oder nie der Fall, während die Personen, die 6-7 oder gar 8mal untergebracht waren, wieder gut 15 % betragen. Vorsichtig interpretiert kommt man am häufigsten zu einer Zwangsunterbringung, wenn man noch nie untergebracht war, dann kommt man recht leicht dazu, wenn man 1-2- oder 3mal untergebracht war, und dann besonders leicht, wenn man 6mal oder häufiger in Zwangsunterbringung war.

Der Mittelwert beträgt 2,77 Unterbringungen und der Median 2,25 Unterbringungen bei allen Personen, für die das Factum frühere Unterbringungen in die Akten gebracht wurde.

4.3.3.c

Dauer der früheren Unterbringungen.

Wie lange wurden die jeweiligen Personen vorher untergebracht?

Insgesamt wird nur bei wenigen, nämlich bei 18 Personen eine Zahlenangabe hierüber angeführt, und diese Tatsache erscheint dann deshalb besonders erwähnenswert, weil eine durchschnittliche Unterbringung bei dieser Gruppe von 221 Tagen herauskommt. Dieses umfaßt ein Minimum von 10 Tagen und ein Maximum von mehr als 1000 Tagen. Dieser Angabe wird wohl nur Bedeutung beigemessen bei Menschen, die schon besonders lange untergebracht waren. Eine genauere Bearbeitung dieser Karrieren erschien im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht möglich.

4.3.4.

Psychiatrische Anamnesen und Erstdiagnosen

Aufschlußreich wird die psychiatrische Anamnese erst im Lichte der Einweisungsdiagnosen, um es noch einmal deutlich zu sagen, bei denen, die eine Diagnose in diesem Stadium zugeteilt bekamen.

4.3.4.a

Diagnosen der früher Erkrankten

Früher erkrankt mit diagnostizierbaren Symptomen und jetzt an der gleichen Krankheit leidend waren 123 Personen. Nur bei zwei Personen taucht eine Diagnose ohne anamnestische Verweise auf, also nur streng auf die Situation des Unterbringungsverfahrens beschränkt.

Schizophrene, Alkoholiker, organische Psychosen, affektive Psychosen ordnen sich mengenmäßig in der schon aus anderen Fragenbezirken bekannten Reihenfolge.

4.3.4.b Diagnosen der früher ambulant Behandelten.

Von den 46 Personen, bei denen eine ambulante Vorbehandlung erwähnt wird, haben 39 eine Diagnose bekommen können, also 84 %. Interessant ist der Vergleich zur Diagnoseverteilung der Gesamtgruppe. Bei den nur ambulant Vorbehandelten haben wir mehr Demenzen, Alkoholpsychosen und Cerebrale Arteriosklerosen gefunden und deutlich weniger Schizophrenien, Alkoholkrankheiten und Medikamentenabhängigkeiten. Die Verteilung auf Allgemeinmediziner und psychiatrische Fachärzte läßt erkennen, daß die Fachärzte etwas weniger Schizophrenien, dafür aber alle Depressionen vorbehandelt haben.

4.3.4.c Diagnosen der früher stationär Behandelten.

Von 115 Personen der Gesamtgruppe, die in ihren Akten einen Vermerk über frühere stationäre Behandlungen tragen, haben 104, also über 90 % so viele Angaben über Symptome, Verhaltensweisen und Verläufe angelegt, daß uns eine eindeutige Diagnosestellung möglich wurde. Viele hatten ja schon früher eine Diagnose bekommen, die direkt in Stellungnahmen von Behörden auftauchte. Mehr als zwei Drittel der Vorbehandlungen fanden in Landeskrankenhäusern statt, und hier von wieder 86 % in der Landesnervenklinik Alzey. Die hier deutlich werdende, hohe Rezidivquote ist klinisch geläufig durch den großen Anteil der schizophren Kranken. Im Gesamtgut machen diese 38 %

(n = 51) aus, hier 64,2 % (n = 48). Genauere Einzelheiten sind Tabelle 14 zu entnehmen.

Tabelle 14

Diagnosen	Landes- nerven- kliniken		LNK Alzey		sonst		Summen		Gesamt- gruppe
	%	N	%	N	%	N	%	N	
Demenzen	100	1					1	1	1,5
Alkohol- psychosen	33	1	33	1	33	1	3	3	4
organische Hirnstörungen			22	2	78	7	9	9	13
Psychosen bei körperlichen Krankheiten			100	1			1	1	1
Schizo- phrenien	15	7	60	29	25	12	46	48	38
Affektive Psychosen			56	5	44	4	9	9	8
Persönlichkeits- störungen			100	3			3	3	2
Alkohol- und Tabletten- mißbrauch			79	19	21	5	24	24	25
Nicht-Psychosen bei körperlichen Krankheiten			50	1	50	1	2	2	2
Debilität	33	1			67	2	3	3	1
Psychiatrisch unklar					100	1	1	1	1

100 104 100 aufge-
runde

Aufgliederung der früheren stationären Behandlungen nach
Diagnosen und Behandlungsarten.
n = 104; Reihenprozent;

Die größte Gruppe der Schizophrenen wurde in Alzey, anderen Landesnervenkliniken und der Universitätsklinik Mainz in einem höheren Umfang vorbehandelt, als es ihrer Gesamtverteilung entspricht.

Organische Psychosen wurden überwiegend in der Universitätsklinik Mainz vorbehandelt. Es handelt sich - wie schon ausgeführt - meist um cerebral-arteriosklerotische Zustände. In diesem Verfahren vielleicht endgültig nach Alzey verlegt.

Affektive Psychosen wurden auch seltener in Alzey behandelt, als es in der Gesamtverteilung auftaucht und deutlich häufiger in der Universitätsklinik Mainz. Umgekehrt stellt es sich bei den Alkoholkranken und Tablettenabhängigen dar. Hier finden sich schon in der Vorgeschichte deutliche Bevorzugungen (4/5) der Vorbehandlungen in Alzey, bei nur 1/5 Vorbehandlungen in der Mainzer Universitätsklinik.

Schon vor dem Einschnitt dieses richterlichen Unterbringungsverfahrens, das im Aktenpiegel untersucht wurde, ergab sich, daß die Krankheiten mit Alkohol- und Tablettenabhängigkeit deutlich seltener überhaupt in die Universitätsklinik zur Behandlung kamen. In weniger ausgeprägter Form gilt dies auch für die Gruppe der Schizophrenen. Affektive Erkrankungen sind eher in der Universitätsklinik behandelt worden und kommen jetzt im Rezidiv und vielleicht bei Komplikationen, sprich eventuellem Suicidrisiko, in die Landesnervenklinik Alzey.

4.3.5 Psychiatrische Anamnesen und Geschlecht

4.3.5.a Geschlecht und psychiatrische Erkrankung

Bei der Aufgliederung der knappen Angaben zur psychiatrischen Anamnese nach Geschlecht ist das Kriterium

frühere psychische Erkrankung bei Männern und Frauen völlig identisch mit den allgemeinen Zahlenverhältnissen der Geschlechter in dieser Studie zueinander.

4.3.5.b Geschlecht und Ort früherer ambulanter Behandlung

Auch für die Angabe über frühere ambulante Behandlung gilt dieselbe Zahlenrelation, wobei interessanterweise bei genauerer Betrachtung der Art des vorbehandelnden Arztes, ob Allgemeinpraktiker oder psychiatrischer Facharzt, sich sehr geschlechtsdifferente Verhältnisse ergaben.

Beim Allgemeinarzt wurden überwiegend Frauen vorbehandelt, während die fachärztliche Behandlung zu 73 % den Männern vorbehalten erscheint. Nur ein Fünftel Frauen bekamen diese qualifizierter angesehene Art der Vorbehandlung.

4.3.5.c Frühere stationäre Behandlungen betrafen auch überwiegend die Männer, und zwar überrepräsentativ für alle drei stationären Behandlungsbereiche (Landesnervenklinik, Landesnervenklinik Alzey, sonstige, psychiatrische stationäre Einrichtungen).

4.3.5.d Geschlecht und Unterbringungen nach Landesunterbringungsgesetz

Die Männer weisen hier bei Zwangsunterbringungen eine deutlich höhere Beteiligung auf. Insbesondere frühere Zwangsunterbringungen außerhalb der Landesnervenklinik Alzey, also außerhalb des engeren Wohnbereichs, betrafen fast ausschließlich Männer (5 von 6 Personen) bei bekannter höherer, männlicher Mobi-

lität sind Zwangsbehandlungen in anderen Krankenhäusern, als im unmittelbaren Wohnbereich nicht verwunderlich. Allerdings wird auch in den Akten der Männer die Tatsache häufiger erwähnt, daß vorher keine Zwangsunterbringung durchgeführt wurde. Angesichts der jetzt als dringlichst behandlungsbedürftig erscheinenden Symptomatik drückt sich darin eine Art Erstaunen aus, daß bei ähnlicher Symptomatik früher nicht zum Instrument der Zwangsbehandlung gegriffen werden mußte. Unsere Zahlen weisen jetzt wohl darauf hin, daß Männer häufiger gegen ihren Willen behandelt wurden, aber auch darauf, daß dieses Kriterium positiv oder negativ einfach bei Männern erwähnenswerter erscheint.

4.3.5.e Geschlecht und Anzahl früherer Unterbringungen

Diese Untersuchung zeigt jetzt unabhängig von der Einrichtung ein Überwiegen des männlichen Geschlechts bei 1-3 früheren Zwangsbehandlungen. Bei den Frauen wird eine nennenswerte Beteiligung erst bei den wesentlich häufigeren Unterbringungen erreicht. Diese Gruppen sind allerdings so klein bei niedriger Kontingenz daß hier nur eine Tendenz erkannt werden kann. Eine Erklärungsmöglichkeit ergibt sich über eine feinere diagnostische Aufteilung, bei der dann allerdings darauf verzichtet wird, nach Häufigkeiten von Unterbringungen aufzuspalten.

Unsere Gruppe mit den Merkmalen Unterbringung und Diagnose besteht aus 44 Männern und 22 Frauen. Früher untergebracht zu sein trifft also deutlich eher auf Männer zu. In unserer Gesamtgruppe haben wir ein Verhältnis Männer zu Frauen von 57 % zu 43 %, hier von 66 % zu 34 %. Bei den Verhältnissen der einzelnen

Diagnosegruppen zueinander haben wir die Gesamtgruppen-Verhältnisse nebengestellt, um so Akzentuierungen herauszufinden.

Im wesentlichen liegen bei den Männern die Diagnoseverteilungen in beiden Gruppen ähnlich. Es fehlen einige Diagnosen bei den früher Untergebrachten. Die Schizophrenie ist deutlich, wesentlich deutlicher noch als in der Gesamtgruppe, die häufigste Diagnose bei den Untergebrachten.

Bei den Frauen liegt die Situation ähnlich, gerade im Bereich der Diagnose Schizophrenie. Nur bei den Persönlichkeitsstörungen finden wir gehäuft Hinweise auf frühere Unterbringungen. Die Diagnosenvielfalt ist ähnlich eingeschränkt wie bei den Männern.

Im Vergleich beider Geschlechtsgruppen zeigt sich, daß Männer bei allem absolut zahlenmäßigen Vorsprung auf dem Diagnosegebiet Schizophrenie doch relativ weniger wegen dieser Krankheit untergebracht wurden als Frauen. Wenn Frauen deutlich schizophrene Symptome zeigen, erscheint das möglicherweise wesentlich erschreckender, und sie werden eher zwangsingewiesen. Zwangseingewisungen wegen einer affektiven Psychose sind bei Frauen viermal häufiger, dafür ist die Alkoholkrankheit fünfmal so oft für Männer wie für Frauen früher schon einmal Unterbringungsgrund gewesen. Wegen organischer Hirnstörung, meist der Hirnarteriosklerose, wurden nur Männer untergebracht.

4.3.3.d Diagnosen und Anzahl der Unterbringungen

Wenn die Anzahl der Unterbringungen diagnostisch aufgeschlüsselt wird, empfiehlt es sich, die Unterbringungsanzahl nicht fortlaufend aufzugliedern, sondern in Gruppen zusammenzufassen.

Die Einzelheiten sind der Tabelle 14 a zu entnehmen.

Tabelle 14 a

	Anzahl der Unterbringungen							
	0		1		2-4		5 und mehr	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnosen - ICD								
Alkohol- psychosen			5	1	3,3	1		
Organische Hirnstörungen					3,3	1		
Schizophrenie	1	50	10	70	21	54	6	
Affektive Psychosen		10	2	10	3	9	1	
Persönlichkeits- störungen					3,3	1		
Alkohol- und Tablettenabh.		35	7	6,6	2	37	4	
Nicht-Psychosen bei körperlichen Krankheiten					3,3	1		
Summen	1	100	20	100	30	100	11	

Diagnosen und Anzahl der Unterbringungen in Gruppen (n = 61).
Säulenprozentangaben.

Nur eine Person mit der Diagnose Schizophrenie regte die Feststellung an, daß sie vorher nie zwangsuntergebracht war. Ein Drittel wurde einmal vorher zwangsuntergebracht, 50 % (n = 10) hiervon wegen einer Schizophrenie, 35 % (n = 7) wegen Alkoholkrankheit, der Rest wegen affektiver Psychose und Alkoholpsychose.

Von den überhaupt Untergebrachten waren 50 % 2- bis 4mal untergebracht, die größte Gruppe waren die Schizophrenen, dann ergibt sich ein sehr weiter Abstand zu der nächsten Gruppe, den affektiven Psychosen und der Alkoholkrankheit.

4.4 Unterbringungsverfahren

In diesem Abschnitt wird untersucht, in welcher Weise, sozial, juristisch, zeitlich sich die Unterbringungen abspielen. Man kann schon zu Anfang sagen, daß der juristische Teil ein erstaunlich gleichförmiges Muster ohne Feinheiten aufweist.

Wir untersuchen zu Beginn die Situation, aus der heraus ein Hinweis zu den Behörden und zum medizinischen Gutachter-Apparat wie zu den Gerichten gelangt.

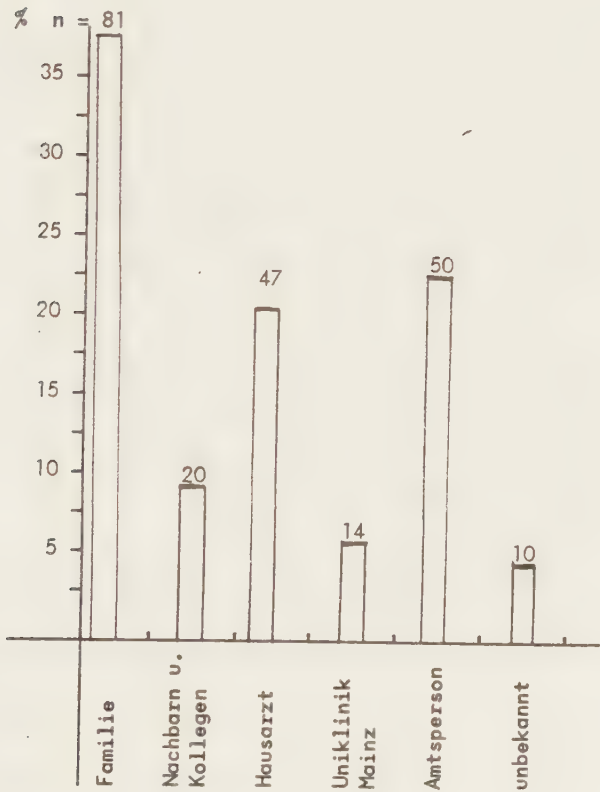
4.4.1 Herkunft des ersten Hinweises.

Wir haben in 212 Fällen eindeutige Angaben über den Ersthinweisenden gefunden. In 36,5 % ist es die Familie selbst, die um Unterbringung ansucht, Amtspersonen - z.B. Sozialdienste der Gesundheitsämter, Polizisten - geben etwas mehr als ein Fünftel der Hinweise, ähnlich wie die Hausärzte; Nachbarn, Kollegen, die Uniklinik Mainz und schließlich unklare Quellen stellen zusammen noch einmal ein Fünftel der Ersthinweise. Unklare Quellen heißt nicht anonyme Anzeigen, sondern ungenaue

Zuordnungsmöglichkeit zu einer der aufgestellten Gruppen.

Eine Vorstellung hiervon kann man der Abbildung 9 entnehmen.

Abbildung 9



Prozentuale Verteilung der Herkunft erster Hinweise.

n = 222

4.4.1.a Diagnosen, aufgeteilt nach Herkunft des ersten Hinweises

Bei dieser Untersuchung fanden wir eine derart gleichmäßige Verteilung, daß wir nur eine kurze Skizzierung anhängen und uns auf die häufigsten Einweisungsdiagnosen beschränken wollen

Bei den Alkoholpsychosen ($n = 5$) sind 4 Personen, also 80 % durch den Hausarzt erstmals bekannt geworden.

Patienten mit cerebralen Arteriosklerosen ($n = 16$) wurden in 56 % durch den Hausarzt bekannt gemacht. Diese Krankheitsgruppe ist ohnehin das wichtigste Betätigungsfeld der Hausärzte in dieser Gegenüberstellung. Fast ein Drittel aller hausärztlichen Einweisungen ($n = 32$) bei gegebener Diagnosemöglichkeit sind Arteriosklerotiker. Die eigene Familie des Unterzubringenden wurde nur in vier Fällen bei dieser Krankheit aktiv.

Die Schizophrenien stellen wieder die größte Gruppe ($n = 47$). In fast der Hälfte der Fälle erfolgt die erste Anzeige durch die Familie. Das ist auch der diagnostische Bereich, in dem überhaupt die Familie am aktivsten werden mußte. Für Amtspersonen ($n = 13$), Nachbarn ($n = 3$) stellte sich bei dieser Krankheit ebenfalls am ehesten die Notwendigkeit eines Hinweises an eine Behörde zum Ziele der Unterbringung heraus.

Im Bereich der affektiven Psychosen ($n = 10$) werden 5 Personen durch den Hausarzt angegeben und 3 durch die eigene Familie.

Bei den Alkoholkranken (n=27) ist der erste Hinweis durch eine Amtsperson bei 10 Klienten genauso häufig wie der Entschluß aus der eigenen Familie ,den Kranken endlich mit Gewalt unterzubringen.Im Bereich dieser Erkrankung zeigte sich auch die einzige nennenswerte Aktivität von Arbeitskollegen.

4.4.1.b Soziale und krankengeschichtliche Parameter in ihrer Bedeutung für die Art und Herkunft der Ersthinweise.

Das Alter der Probanden, das Geschlecht sowie der Beruf ließen keine deutlichen Zusammenhänge mit der Natur des Ersthinweises erkennen.

Deutlicher wird ein Zusammenhang mit dem Stand: ob jemand ledig ,verheiratet ,geschieden oder verwitwet ist, scheint die Natur des Hinweises zu bestimmen.

Wir erleben hier wieder das theoretische Grundproblem einer solchen Untersuchung nach Aktenlage.Natürlich wird bei der großen Gruppe der Anzeigenden aus der Verwandtschaft des Unterzubringenden eher ein Hinweis auf den Familienstand des Kranken auftauchen,weil eben der Informant in seinen Eigenschaften als Verwandter aktenkundig wird.Die statistische Auswertbarkeit wird schwieriger durch solche von einander abgeleiteten Informationen.

4.4.2 Gründe für die Anzeigenden.

Die Begründungen wurden aus den Beschreibungen von Verhaltensauffälligkeiten herausgezogen, und es wurde versucht, diese Beschreibungen in die gesetzlich gebahnten Kategorien hineinzuzwängen. Diese Kategorien tauchen im Unterbringungsgesetz von Rheinland-Pfalz und auch in den Unterbringungsgesetzen vieler anderer Bundesländer in recht ähnlichem Wortlaut auf.

Es handelt sich um die Eigengefährdung, die Fremdgefährdung, die Verwahrlosung und Hilflosigkeit und die Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung. Man muß bei der Verwendung dieser Begriffe schon auf jeden Fall die Untersuchungen von Bosch aus Frankfurt berücksichtigen, in denen von der Irrelevanz dieser Kategorien für die eigentliche Motivation von Umwelt und behördlichen Organen für eine Unterbringung ausgegangen wird. Verhaltensformen werden tendenziell auf eine bestimmte Nische des Gesetzes passend stilisiert gesehen und dann entsprechend beschrieben. Wichtig sind aber dennoch sicher die Unterschiede in den einzelnen Gruppen von Anzeigenden, und unser Material bot betont keinen Zugang zur Analyse eventueller unterschiedlicher Motive. Außerdem war es nicht dazu geeignet, eine detailreiche Stütze für das Ergebnis von Bosch zu liefern, daß bestimmte Formen sozialen Fehlverhaltens zur Einweisung mit Zwang führen, nicht aber wirkliche Selbst- oder Fremdgefährdung.

Wir haben die Gründe zur Einweisung aufgeteilt, jeweils einzeln und dann noch nach Kombinationen

der einzelnen Begründungen miteinander nach folgendem Muster:

- a) Eigengefährdung,
- b) Fremdgefährdung,
- c) Verwahrlosung und Hilflosigkeit,
- d) Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung
- a+b) Eigengefährdung + Fremdgefährdung,
- a+c) Eigengefährdung + Verwahrlosung und Hilflosigkeit,
- a+d) Eigengefährdung + Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung,
- b+c) Fremdgefährdung + Verwahrlosung,
- b+d) Fremdgefährdung + Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung,
- c+d) Verwahrlosung + Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung,
- a+b+c) Eigengefährdung + Fremdgefährdung + Verwahrlosung,
- a+b+c+d) als Kombination aller möglichen Störungen, und
- b+c+d) Fremdgefährdung + Verwahrlosung + Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung.

Dieses feine *Raster* diente im wesentlichen dazu, herauszufinden, bei welchen Diagnosen und bei welchen sozialen Verfassungen mit sozusagen wasserdichten Mehrfachbegründungen gearbeitet wurde, um jemanden wirklich sicher unterzubringen.

4.4.2.1 Gründe der Familie

In 94 Fällen tauchen Stellungnahmen aus dem Kreis der Familienangehörigen auf. Diese Zahl übersteigt die Menge der Ersthinweise aus Familien deshalb, weil für diese Zusammenstellung alle Hinweise in den Akten verwendet wurden. Bei den meisten Unterbringungsverfahren ist zu beobachten, daß von mehreren Seiten Informationen und Stellungnahmen beigelegt werden, häufig fanden wir direkte schriftliche Begründungen, und gelegentlich auch konnten wir zitierte Auffassungen von Familienmitgliedern verwenden.

In den Familien stören am ehesten, in 40 % ($n = 37$), Verhaltensweisen, die unter Eigengefährdung gefaßt werden konnten. Die Fremdgefährdung und die Kombination von Eigen- und Fremdgefährdung sind mit je 25 % ($n = 23$) die nächstgrößten Gruppen. Die Verwahrlosung mit 4 % ($n = 4$) ist dann schon vergleichsweise bedeutungslos, und die Kombinationskategorien sowie die Kategorie Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung tauchen nur mit jeweils 1-2 Fällen auf.

4.2.2.2 Gründe von Nachbarn ($n = 54$)

Hier finden wir die Verteilung von Begründungen aus einer ganz anders gearteten Interessenlage heraus auch völlig verändert. Die Eigengefährdung stellt mit 11 Fällen nur ein Fünftel, während die vermutete oder befürchtete oder erlebte Fremdgefährdung mit 30 Fällen, 55 % ausmacht. Die Ver-

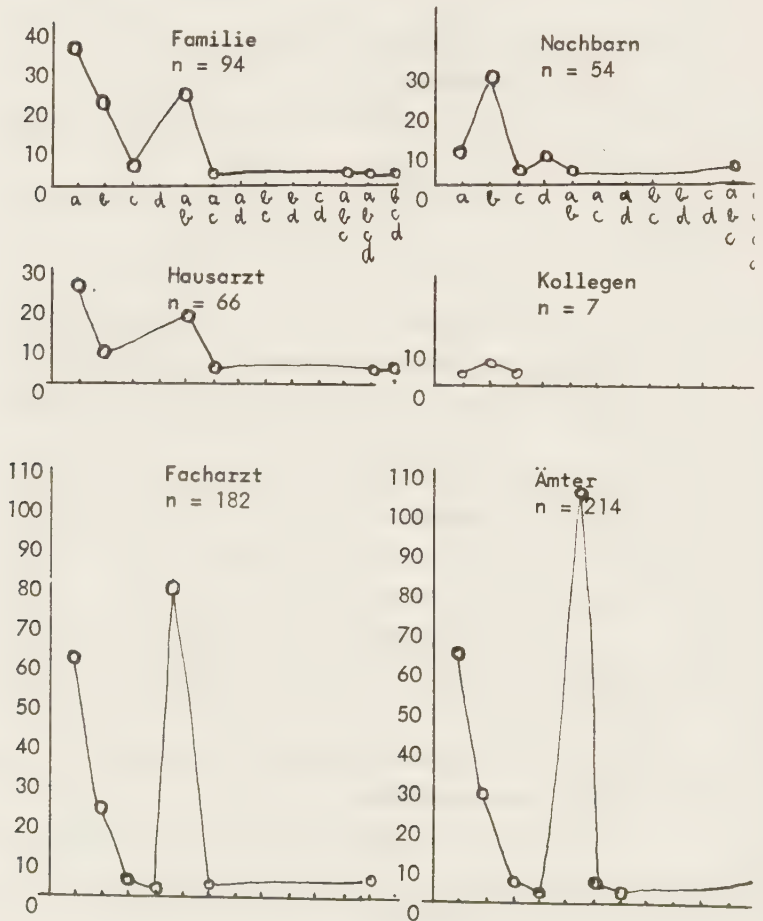
wahrlosung und Hilflosigkeit mit 2 Fällen ist unwichtig, während ein Interesse an der Beendigung einer Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung doch zu immerhin 10 % der Stellungnahmen veranlaßte.

Kombinationen von verschiedenen Störungsformen sind vergleichsweise selten.

Wie im weiteren zu sehen, sind die Kombinationen eher eine Beschreibungsform der professionell Beteiligten. Die beteiligten Laien, Familie, Nachbarn, Kollegen, halten sich an einer spezifischen Störungsdimension fest und bilden daraus eine Einschätzung der Gefahr, während die professionellen entweder aus ihrer Erfahrung oder ihrer Kenntnis von Psychopathologie und Verläufen wesentlich breitere Risikohöfe annehmen und in das Verfahren einbringen. Eventuell schreiben sie auch mehrere befürchtete Komplikationen in ihre Stellungnahme hinein, um in jedem Fall die Unterbringung zu erreichen, wenn sie sich nun einmal zu diesem harten Eingriff entschlossen haben. Es erfolgt gewissermaßen eine möglichst vollständige und sehr geschmeidige Anpassung an das Profil des Unterbringungsgesetzes.

Die graphische Darstellung der Unterbringungsgründe - je nach der Verteilung auf die verschiedene Beteiligengruppen - entnehmen Sie bitte der Abbildung 10.

Abbildung 10 Graphische Darstellung der
Verteilung der Unterbringungsgründe



Legende zu den einzelnen Gründen, siehe Text vorige Seite

4.4.2.3 Gründe der Kollegen (n = 7)

Eine kleine Gruppe, bei der nur eine Tendenz erkannt werden kann, mit einer Neigung ähnlich den Nachbarn, die fremdgefährlichen, Sicherheit und Ordnung störenden Verhaltensweisen wahrzunehmen oder zu vermuten und sie zur Darstellung zu bringen.

4.4.2.4 Hausärzte und ihre Begründungen (n = 66)

Hier liegt die größte Gruppe deutlich im Bereich der Risiken für den Einzuweisenden selbst. Das ist schon einmal zu erklären durch den hohen Anteil an depressiven Patienten, die durch Hausärzte zwangsweise untergebracht werden. Diese Spezialisierung führt zu dem über 40 % hohen Anteil an Eigengefährdung. Der vergleichsweise große Anteil der Verwahrlosung und Hilflosigkeit in Verbindung mit dem Auftreten von Kombinationen mit Fremdgefährdung, Verwahrlosung und Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung weist auf den ebenfalls großen Anteil an Alkoholkranken in der Klientel hin.

In 3 Fällen, also 4,5 %, werden alle vorgesehenen Gefahrenmomente des Gesetzes aufgeführt.

4.4.2.5 Fachärzte und ihre Begründungen (n = 182)

Wir haben hier eine umfangreiche Teilnahme am Begründungsvorgang. Das Gesetz sieht die Äußerung von ärztlichen Sachverständigen, also eigentlich beamteten Psychiatern vor; diese Regelung kann in Eilfällen aufgehoben werden. Diese Fachärzte halten

in 80 Fällen 44 % die Kombination von Eigen- und Fremdgefährdung für gegeben. In einem Drittel wird die Eigengefährdung und in 14 % (n = 25) eine Fremdgefährdung angenommen. Verwahrlosung, Hilflosigkeit oder die Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung sind mit 5 bzw. 4 Fällen eine kleine Gruppe. Kombinationen mit mehreren Risiken sind hier sehr häufig, stellen fast die Hälfte (47,7 %), und wieder finden wir drei Fälle, in denen die Eigengefährdung, die Fremdgefährdung, die Verwahrlosung und Hilflosigkeit und die Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung attestiert werden. Überwiegend ist die Einschätzung der bestehenden oder vermuteten Gefahr entsprechend der ärztlichen Denkausrichtung mit einem Gewicht auf die Erkrankung und das Eigenrisiko des Einzuweisenden hin akzentuiert.

4.4.2.6 Ämter und ihre Begründungen (n = 214)

Eine Behörde ist in jedem Fall beteiligt an einem Unterbringungsverfahren. In der Regel ist es eine ordnungspolizeiliche Abteilung, deren Funktion in vielen Fällen vom Bürgermeister oder einem Beamten der Ortsverwaltung wahrgenommen wird. Die Begründungen sind in ihrer Verteilung und Akzentuierung fast identisch mit denen der Fachgutachter. Ein eigenes Urteil, abweichend von dem der Ärzte wird sich nicht angemaßt. Von einer gewissen Bedeutung erscheint mir die sehr seltene Verwendung des Begriffs Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung. Man sollte annehmen, daß dieser Begriff

von Behörden ungezwungener eingebracht würde, da ja der Hauptaspekt des Unterbringungsrechts ein polizeilicher Ordnungsvorgang ist; nur in 0,9 %, also in zwei Fällen, taucht er als ausschließliche Begründung auf, in 7 weiteren Fällen in Kombinationen mit anderen Risiken, die von der Bedeutung her deutlich vorrangig gestellt wurden. Diese Entwicklung weist auf eine Neigung weg vom Ordnungsrechtlichen, hin zum Psychisch-Kranken-Gesetz mit Betonung der Hilfestellung.

4.4.2.7 Tatsachen oder Vermutungen

Kurz gestreift werden soll ein Punkt der Untersuchung, bei dem wir in der Auswertung zu beurteilen versuchen, ob sich die Begründungen für die geplante Unterbringung mehr im spekulativen, vermutenden oder mehr im realen, Tatsachen schildernden Bereich bewegen.

Bei 218 validen Beobachtungen haben wir in 90,8 % der Fälle nur Tatsachenschilderungen gesehen, also wirkliche Handlungen von bedrohlichem Charakter oder detailreiche Schilderungen der Verwahrlosung und Hilflosigkeit des Klienten. In 9,2 % (n = 20) überwog das Spekulative, die Vermutung aus früherer Erfahrung oder allgemeiner Kenntnis eines Krankheitsgeschehens. Bei diesen Zahlen zeigt sich endgültig, daß die Aufgabe dieser Untersuchung nicht ist und nicht sein kann, Fehleinweisungen aufzudecken. Wir haben den Eindruck gewonnen, daß in wohl jedem Falle außergewöhnliche Krankheitssituationen mit einem solchen Reifegrad vorlagen, daß eine psychiatrische Be-

handlung dringend nötig war, ob mit oder ohne Einverständnis des Betreffenden.

4.4.2.8 Unterbringungsgründe in ihrer Verteilung auf die Diagnosen

Von Interesse ist neben den Einzelanalysen, welche Diagnosen bei den jeweiligen Gruppen von Begründungen Liefernden gehäuft vorkommen, zuerst einmal die Fragestellung, welche Diagnose die meisten Stellungnahmen provozierte. Zur Vereinfachung der Darstellung fassen wir bei den Störungsformen in den Kombinationen mehrerer Störungen diejenigen zusammen, die sich am ehesten in die im folgenden geschilderten Rubriken 1-5 einordnen lassen:

1. Fremdgefährdung
2. Eigengefährdung
3. Verwahrlosung
4. Störung
5. Eigen- und Fremdgefährdung

Wir nehmen nur die fünf häufigsten Diagnosen Schizophrenie, Alkoholismus und Tablettenabhängigkeit, Arteriosklerose und affektive Psychose heraus.

Auf Tabelle 16 kann man sehen, daß 308 Begründungen differenziert wurden. Der Vergleich der Begründungshäufigkeiten mit dem absoluten Vorkommen der einzelnen in diesem Punkt der untersuchten Krankheitsbilder ergibt eine sehr genaue Übereinstimmung. Jeder Krankheit galt genau gleich viel soziale Aufmerksamkeit, wenn man alle Gruppen von begründenden zu-

sammen nimmt.

Für die Schizophrenien lagen 147 begründende Stellungnahmen für ein Zwangsunterbringungsverfahren vor, die Familien gaben bei fast der Hälfte eine Eigengefährdung als Auswirkung dieser Krankheit an, bei einem Viertel sahen sie auch eine Fremdgefährdung, die Verwahrlosung drohte bei ~~den~~ Personen oder 11,5 %. Die genaue Verteilung auf die anderen Gruppen ist der Tabelle 16 zu entnehmen.

Tabelle 16

Diagnosen	G r ü n d e										Begründend	
	Eigengef.		Fremdgef.		Verwehr- losung %		Störung		Eigen- u. Fremdgef.		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a) Schizo- phrenie	12	46,2	7	26,9	3	11,5	-	-	4	15,3	26	FAMI-
b) Alkohol + Tabl.	8	47,2	5	29,5	-	-	-	-	4	24,0	17	
c) Arterio- sklerose	1	20,0	1	20,0	-	-	-	-	3	60,0	5	
d) affekt. Psychose	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	-	-	2	
Zwischen- summen	22		14		3				11		50	
a	2	13,3	11	73,3	-	-	1	6,7	1	6,7	15	NACH- BARN
b	3	43	2	29	-	-	1	14,3	1	14,3	7	
c	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-	2	
d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zwischen- summen	5		15				2		2		24	
a	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	KOLLE- GEN
b	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-	3	
Zwischen- summen	1		1				1		1		4	
a	1	9,1	4	36,4	-	-	-	-	6	54,5	11	HAUS- ARZT
b	3	37,5	-	-	-	-	-	-	5	66,5	8	
c	4	66,7	-	-	-	-	-	-	2	33,3	6	
d	4	80,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0	5	
Zwischen- summen	12		4						14		30	
a	4	9,1	10	22,7	1	2,3	2	4,5	27	61,4	44	FACH- ARZT
b	13	42	3	12	1	4	1	4	7	28	25	
c	7	43,8	1	6,3	-	-	-	-	8	50,0	16	
d	6	60	-	-	-	-	1	10	3	30	10	
Zwischen- summen	30		14		2		4		45		95	

Tabelle 16 (Fortsetzung)

Diagnosen	Eigengef.		Fremdgef.		Verwahr- losung %		Störung		Eigen- u. Fremdgef.		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
a	6	12,0	12	24,0	-	-	-	-	32	64,0	50		ÄMTER
b	16	52,8	2	6,6	1	3,3	-	-	11	37	30		
c	8	47,2	1	5,9	-	-	-	-	8	47,1	17		
d	5	55,5	-	-	-	-	1	11,1	3	33,3	9		
	35		15		1		1		54		105		
	====		====		====		====		====		====		
	105		63		6		8		127		307		
	====		====		====		====		====		====		

Begründungen der einzelnen Gruppen in der Zuordnung zu den häufigsten Diagnosen.

Die Nachbarn erlebten die Schizophrenie zu 73,3 % (n = 11), als gefährlich für die Umgebung zu 6,7 %, in einem Fall als eine Störung und nur in drei Fällen, in 20 %, sahen sie eine gewisse Eigengefährdung des Unterzubringenden.

Die Äußerungen der Kollegenschaft am Arbeitsplatz weisen bei vergleichsweise winzigen Fallzahlen auf eine diffuse Eigen- und Fremdgefährdung durch diese Erkrankung hin.

Die Hausärzte erleben bei der Schizophrenie vor allem eine Gefährdung sowohl für den Patienten als auch für seine Umwelt mit einer Tendenz, die Gefährdung der Umgebung höher einzustufen. Diese Beziehung ist auch recht eindeutig. Die begutachtenden Fachärzte schildern auch Fremd- und Eigengefährdungen als jeweils zusammen wirkend. Mit etwas weniger starkem Akzent als die Hausärzte betonen sie ebenfalls die Fremdgefährdung. Der Aspekt der Verwahrlosung und Hilflosigkeit oder der Störung der Öffentlichkeit wird von ihnen stärker und selbstverständlicher ausgesprochen als in allen anderen Gruppen.

Bei den Stellungnahmen der Ämter haben wir eine Spiegelung der Relationen bei den Fachärzten, nur verzichten die Behörden auch bei der Schizophrenie auf die Erwähnung des ordnungs- und sicherheitstörenden Ausdrucks dieser Erkrankung.

4.4.2.8.b Unterbringungsgründe bei Suchtkrankheiten

Die Suchtkrankheiten haben 89 Begründungen, das entspricht 29 % aller Begründungen. Die Familien sehen deutlich das Überwiegen der Eigengefährdung des

Kranken, nämlich bei $n = 8$, in 47 %; eine Fremdgefährdung wird bei 5 Personen, also in 30 %, wahrgenommen, und in einem Viertel sieht man eine Kombination beider Gefährdungen.

In der Nachbarschaft erscheint das Trinken oder Tabaklettennehmen auch vor allem gefährlich für den Trinker selbst. Insgesamt ist die Einstellung, daß das Trinken störend oder für den Begründenden selber gefährlich werden kann, deutlich ausgeprägt. Es übersteigt vor allem, wenn man Fremd- und Eigengefährdung in Kombination dazu nimmt, die krankheitsbetonende Einstellung. Im Kollegenkreis wird die Alkoholkrankheit ja fast als einzige überhaupt wahrgenommen. Die Fallzahl ist zu klein und zeigt eine zu gleichmäßige Verteilung, um eine Aussage über die Störungsform machen zu können.

Die Hausärzte sehen eine Verbindung von Eigen- und Fremdgefährdung zusammen als wesentlich an ($n = 5$), die Eigengefährdung allein ist mit 3 Fällen deutlich weniger hervorgehoben.

Die Fachärzte erleben die Eigengefährdung als vorrangig mit 42 % ($n = 13$), die Kombination von Eigen- und Fremdgefährdung ist die nächstgrößte Position mit 7 Fällen. Die Ämter schildern die Eigengefährdung als Hauptproblem in 53 % ($n = 16$), die Fremdgefährdung ist als unwesentlich angegeben. In der Zusammenfassung von Eigen- und Fremdgefährdung sehen sie 37 % der Unterbringungen begründet.

4.4.2.8.c Unterbringungsgründe bei Arteriosklerose

Bei dieser Erstdiagnostizierung liegen nur recht kleine Zahlen vor: insgesamt sind es 29 Begründungen, aus allen Gruppen zusammengestellt. Die Familie und die Nachbarschaft erlebt neben deutlich registrierter Eigengefährdung einen hohen Anteil an Fremdgefährlichkeit, was sich auch in den Verhaltensbeschreibungen zeigt, die immer wieder die durch diese alten Menschen heraufbeschworene Brandgefahr darstellen. Auch Hausärzten und den begutachtenden Fachärzten erscheint die Eigen- und Fremdgefährdung in Kombination gegeben, und sie begründen dementsprechend die ärztliche Notwendigkeit einer Unterbringung.

4.4.2.8.d Unterbringungsgründe bei affektiven Psychosen

Bei 17 Begründungen ist nur festzuhalten, daß in den meisten Fällen die Eigengefährdung gesehen wird, nur die Fachärzte, also die psychiatrischen Gutachter, halten Fremdgefährdungen häufiger für möglich. In dieser Einschätzung wird die vergleichsweise winzige Gruppe der manischen Störungen beschrieben und zum andern wohl eher theore-

tisch fundierte Möglichkeiten der Spekulation
z.B. in Richtung auf kombinierte Selbstmorde auf
den depressiven Raptus.

4.5. Der juristisch bestimmte Ablauf des Unterbringungs-
verfahrens

Wir kommen jetzt zu dem Teil des Unterbringens, bei dem gewissermaßen das soziale oder psychopathologisch bestimmte Vorfeld verlassen wird und die eigentliche Aufgabe des Amtsrichters beginnt. Es ist eine ganze Reihe von Fakten, Beschreibungen und Einschätzungen gesammelt und schriftlich festgelegt worden und wird nun auf den Tisch des Amtsrichters gelegt. Eine ganz bestimmte Aufgabe obliegt ihm jetzt, nämlich dem schriftlichen Antrag der Verwaltungsbehörde zu entsprechen und eine Unterbringung in eine Landesnervenklinik anzuordnen oder dem Antrag nicht zu entsprechen. Der Unterzubringende steht nicht unbedingt zu einem Gespräch oder einer Anhörung zur Verfügung, da die Befugnis der Polizei in vielen Fällen sehr berechtigt besteht, jemanden in einer solchen Lage vorübergehend in Gewahrsam zu nehmen. Diese Phase der

Unterbringung spielt sich in der Regel dort ab, wo der Betreffende wohnt, oder in eiligen Fällen dort, wo die Störung aufgetreten ist; entsprechend ist die regionale Zuständigkeit des Landratsamts und des Amtsgerichts in den §§ 4 und 5 des Unterbringungsgesetzes geordnet.

Dem Antrag auf Unterbringung muß ein Gutachten des zuständigen Gesundheitsamtes oder eines beamteten Facharztes für Psychiatrie beigelegt werden, in dem sich über den Einfluß der beschriebenen Krankheit, auf die öffentliche Sicherheit oder Ordnung oder die Gefährdung von Gesundheit und Leben geäußert werden muß (§ 7).

Es sollten Anhörungsprotokolle und Berichte der beteiligten Beamten schriftlich vorliegen (§ 8).

Nach § 9 sollte ein Rechtsanwalt beigeordnet werden, wenn es geboten erscheint zur Wahrung der Interessen des Unterzubringenden. Die unterzubringende Person ist anzuhören. Es sei denn, ein Arzt kann triftige Gründe dagegen anführen, z.B. daß es unmöglich sei, sich wegen des Geisteszustandes mit dem Betreffenden zu verständigen, oder daß es Nachteile für dessen Gesundheit brächte. Wenn

die Lage so ist, muß ein Rechtsanwalt, ein gesetzlicher Vertreter, gehört werden oder eine Pflegschaft für das Verfahren eingerichtet werden,

Ein Facharzt für Psychiatrie muß mündlich angehört werden, der die Person untersucht hat (§ 11).

Wenn es nicht mit erheblicher Verzögerung oder unverhältnismäßig hohen Kosten verbunden ist, ist der gesetzliche Vertreter, ein eventueller Pfleger, die Eltern bei Minderjährigen, oder der Ehegatte anzuhören. Zur Not kann auch eine Vertrauensperson gehört werden (§ 12), die von dem Unterzubringenden benannt worden ist.

Gegen die Entscheidung des Gerichts können Rechtsmittel eingelegt werden (§ 15).

Die Dauer kann bei voraussichtlich langdauernder Geisteskrankheit 3 Jahre betragen, sonst höchstens 1 Jahr (§ 17).

Im § 21 wird die Möglichkeit einer einstweiligen Unterbringung geregelt. Diese einstweilige Form ist möglich bei Vorliegen eines Antrags auf Unterbringung und wenn angenommen werden kann - aus dringenden Gründen -, daß die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen. Nach Anhörung eines

ärztlichen Sachverständigen kann eine Unterbringung für längstens 6 Wochen angeordnet werden, auch ohne Pfleger oder ohne Rechtsbeistand.

Eigentlich muß dann die ganze Anhörung des Arztes des Unterzubringenden, des Rechtsbeistandes der Angehörigen oder einer Vertrauensperson durchgeführt werden. Wenn Gefahr im Verzuge ist, kann aber auch nach Abs. 4 des § 21 auf die mündliche Anhörung von Unterzubringendem und Arzt verzichtet werden. Diese Anhörungen müssen jedoch unverzüglich nachgeholt werden.

Die Kosten des Verfahrens trägt der Untergebrachte, wenn sie nicht einem Fürsorgeverband oder einer ähnlichen Einrichtung zur Last gelegt werden.

Hier ist jetzt der gesetzliche Rahmen skizziert, in dem sich der Amtsrichter bewegen kann. (Der Gesetzestext des Landesgesetzes über die Unterbringung von Geistes- und Suchtkranken ist im Anhang abgedruckt).

Der Untersuchungs- und Anhörungsaufwand ist eigentlich sehr groß angesetzt für ein solches Verfahren. Eigentlich wäre eine Unzahl von Personen beteiligt. Die Polizei, das Gesundheitsamt mit

Arzt und eventuell einem Sozialarbeiter, der Unterzubringende, ein Rechtsanwalt oder Pfleger, ein Angehöriger oder Vertrauter und dann das Gericht. Mindestens mit acht Personen müßte der Richter Kontakt aufnehmen, bevor er nach regu- lärem Ablauf eine Unterbringung anordnen könnte.

Im § 21 mit der einstweiligen Unterbringung be- steht nun die Möglichkeit, diesen enormen Aufwand klein zu halten oder ihn ganz zu vermeiden, wenn eben Gefahr im Verzuge ist. Man kann in einer reinen Schreibtischentscheidung mit gerade einem entsprechenden Antrag und einem schriftlichen Sachverständigen-Zeugnis richterlich korrekt je- manden durch Polizei und Krankenwagen in die Landesnervenklinik bringen lassen oder aber eine solche Verbringung nachträglich für *legal* in erklären.

4.5.1 Daten und Ergebnisse der Unterbringungsverfahren in ihrem juristischen Teil

Wir haben einen umfangreichen Frage- und Auswer- tungsapparat an die auszuwertenden 222 Unterbrin-

gungsakten herangetragen, um dann zu sehen, daß es keiner so differenzierten Analyse bedurfte, weil sich eigentlich keine Unterbringung nach dem umständlichen, ordentlichen Verfahren abspielte.

4.5.1.a Durchführung eines ordnungsgemäßen Verfahrens entsprechend §§ 9-12.

Von den 222 durchgeführten Verfahren wurden 220 nach dem einstweiligen Unterbringungsverfahren durchgeführt. Bei einem 20-Jährigen trat die elterliche Gewalt an die Stelle des Unterbringungs-
weges durch das Gericht, und bei einem älteren Mann wurde der Versuch eines ordentlichen Verfahrens begonnen, dann wurde aber eine Umwandlung der Unterbringung in einstweiliger Form für die richtige Lösung angesehen.

Wir können also davon ausgehen, daß fast 100 % der untersuchten Fälle in den Jahren 1970-74 nicht im Rahmen eines umständlichen, ordentlichen Verfahrens, sondern in einem sehr abkürzenden, verschieden differenzierten Eilverfahren in die Landesnervenklinik A. gebracht wurden.

Entsprechend können wir die Differenzierung nach

unseren weiteren geplanten Fragen eigentlich bleiben lassen. Ob sich der Unterzubringende situationsgerecht äußerte, ob ein Rechtsanwalt beigeordnet wurde, oder ein Pfleger, ob ein Angehöriger - oder eine Vertrauensperson - sich äußerte, und ob und wie ein Arzt sich mündlich äußerte, ist immer mit einem "trifft nicht zu" zu beantworten gewesen.

4.5.1.b Einstweilige Unterbringungen

Die Unterbringungen wurden alle nach dem einstweiligen Verfahren entsprechend § 21 durchgeführt. So müssen wir uns jetzt damit beschäftigen, wie die Durchführung des § 21 nach rechtlichen Vorschriften aussieht und wie die Beziehungen zu den sozialen und medizinischen Daten unserer untersuchten Gruppe aussehen.

Wie schon früher ausgeführt, bestehen im § 21 ähnliche Anforderungen im Hinblick auf eine Verfeinerung des Verfahrens, vor allem auf dem Gebiet der mündlichen und direkten Anhörungen; diese Vorschriften wurden in 217 Fällen, 97,7 %, nicht angewendet; in 5 Fällen, also 2,3 %, gab es Teil-

erfüllungen der Anhörungsbestimmungen.

Im Abs. 4 des § 21 ist geregelt, daß auf Anhörung des Unterzubringenden und des Arztes verzichtet werden kann. Auch gelten die Möglichkeiten des ordnungsgemäßen Verfahrens in der Hinsicht, daß hierauf verzichtet werden kann, wenn laut ärztlicher Stellungnahme eine Verständigung mit dem Betreffenden nicht möglich ist oder nicht ohne Nachteil für dessen Gesundheit geschehen kann. Für die Anhörung von Angehörigen oder Vertrauenspersonen besteht die Möglichkeit eines Verzichts bei Verzögerung oder bei zu hohen Kosten.

Tabelle 17: Begründungen für die Nichtanhörung im Verfahren der einstweiligen Unterbringung:

	N	%
Gefahr im Verzuge	185	90,2 %
Verständigung nicht möglich	12	5,9 %
Nicht ohne Nachteile für die Gesundheit	3	1,5 %
Verzögerung und zu hohe Kosten	5	2,4 %
keine genauen oder fehlende Angaben	17	
	222	100,0 %

4.5.1.c Dauer der angeordneten Unterbringungen

Die einstweilige Unterbringung darf nicht über 6 Wochen angeordnet werden. So liegen 210 Unterbringungen in diesem Zeitraum, 12 Unterbringungen sind nicht in dieser Deutlichkeit zeitlich einzuschätzen, möglicherweise wegen gewisser Auswertungsfehler und dazu auch wegen jeweils vorhandener prozessualer Besonderheiten.

Ein Rechtsanwalt wurde in 4 Fällen, also 2 %, beigeordnet, ein Verfahrenspfleger in 86 Fällen, also 42,8 %, bestellt, in ^{Fällen} 132/liegen keine Angaben hierüber vor, oder es wird ausdrücklich vermerkt, daß keine Hilfestellung durch einen Beistand dieser Art erfolgte.

4.5.1.d Die Anhörung muß "unverzüglich" nachgeholt werden.

Der Begriff "unverzüglich" ist sicher ein dehnbares Zeitmaß, wenn man von wortverwandten Begriffen der "Gefahr im Verzuge" ausgeht und die Praxis anschaut, daß in der Regel der ganze räumlich-leibliche Unterbringungs Vorgang am Tag der Störung oder höchstens drei Tage danach ab-

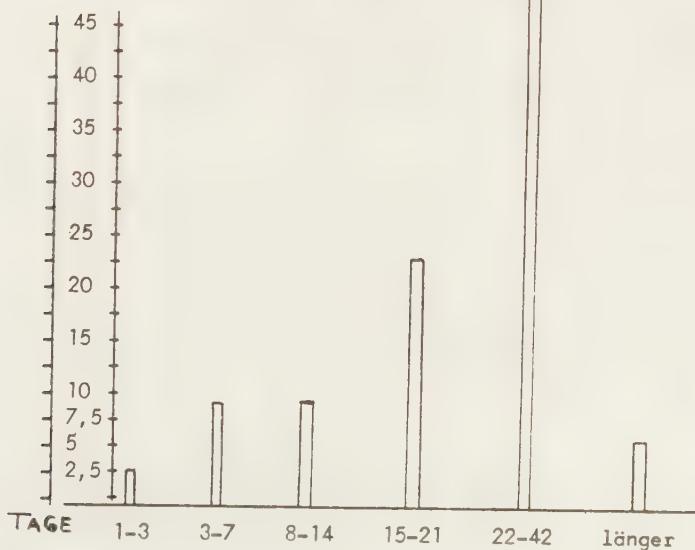
geschlossen ist, müßte man von einer "unverzüglich" nachgeholten Anhörung ein ähnlich promptes Eintreten erwarten.

Hier wird dann auch das ganze Problem der ärztlich-juristischen Kooperation bei den Unterbringungen deutlich. Ein vermutlich aus psychischen Krankheitsgründen "störender" Mensch wird untragbar in seinem sozialen Gefüge, die Ordnungsmacht, die Polizei, greift ein, erkennt in Zusammenarbeit mit ärztlichen Fachleuten deutlicher die krankheitsbedingten Ursprünge der Störung und möchte rasch mit dem angemessen erscheinenden Mittel, nämlich einer Krankenhausbehandlung, Abhilfe schaffen. Der Störende oder auch Kranke wird dann in das Krankenhaus gebracht, begegnet dort den medizinischen Helfern, setzt sich mit ihnen auseinander, kann die Hilfe akzeptieren, wenigstens nach gewisser Zeit, eine Art Vertragsverhältnis kommt zustande. Parallel mit einer gewissen zeitlichen Verschiebung zum räumlich-leiblichen Unterbringen kommt der Aktenvorgang zum ersten Richter am Ort der Störung, und von da reist das Papier eilends dem schon Untergebrachten nach in den Ort des für das Landeskrankenhaus zuständigen Amtsgerichts. Dort liegt die Akte, der Richter weiß um den An-

näherungsvorgang zwischen den Medizinern des Krankenhauses und dem jetzt so mit Recht zu nennenden Patienten. Er weiß um den störenden Offiziösität einbringenden Effekt eines amtsrichterlichen Auftretens. Der Arzt würde deutlich als ein nicht nur Helfender, sondern auch Einengender erkennbar werden. Der Gesundungsvorgang mit der absolut notwendigen Vertrauensbasis ist gefährdet. Aus der Kenntnis dieses Prozesses verschiebt sich die eigentlich unverzüglich nachzuholende Anhörung aus wahrhaft guten Gründen.

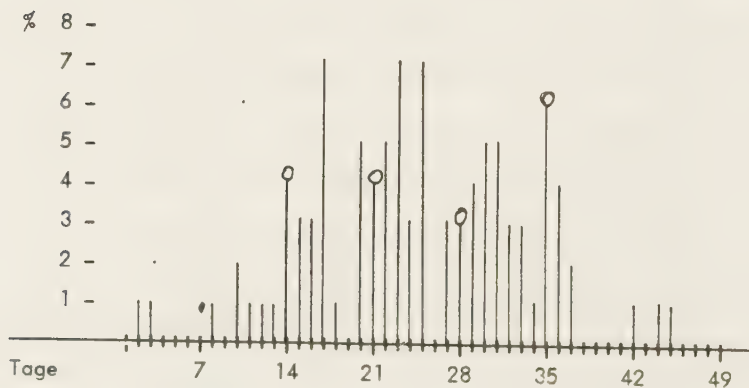
64 %

Abbildung 11: Zeitpunkte der nachgeholten Anhörungen



Nach 14 Tagen sind fast 10 % angehört, nach 3 Wochen genau ein Drittel und nach 6 Wochen fast alle. Da der Beschluß des Gerichts über die Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung mit ungefähr einem Tag Verspätung und Verschiebung zur Anhörung herausgeht, kann man in den Bereichen zwischen 3 und 6 Wochen eine bessere Differenzierung erreichen. Das Gericht schiebt eine Welle von Unterbringungsanhörungen vor sich her, die in 7-Tage-Intervallen immer am Mittwoch verkleinert wird.

Abbildung 12: Zeitlicher Verlauf der Beschlußfassung des Gerichts nach Anhörungsverfahren.



Der Mittelwert liegt bei 24,9 Tagen, nach denen eine Beschlußfassung und somit auch Rechtskräftigkeit vorgelegt wird.

Bei der Darstellung der Anhörungen finden wir eine Gruppe von 50 Personen, über die wir keine Angaben hierzu finden konnten. Vor allem ist es die Gruppe, bei der dem Gericht mitgeteilt wurde, daß die Voraussetzungen nach dem Wissen der Klinik für eine Unterbringung nicht mehr vorliegen. Die Gründe hierfür konnten liegen im Tod des Untergebrachten, in seiner Entlassung und in einer Einverständniserklärung mit der weiteren klinischen Behandlung auf freiwilliger Basis oder in sehr seltenen Fällen in einer Verschiebung in eine andere Einrichtung, meist ein Heim.

Bei der Untersuchung dieser Aufhebungen der Voraussetzung der Klinik kamen wir zu den Ergebnissen, die in Abbildung 13 dargestellt sind.

Abbildung 13: Aufhebungen von seiten der Klinik

n = 126

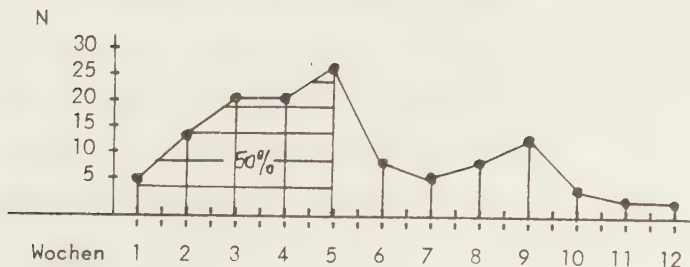
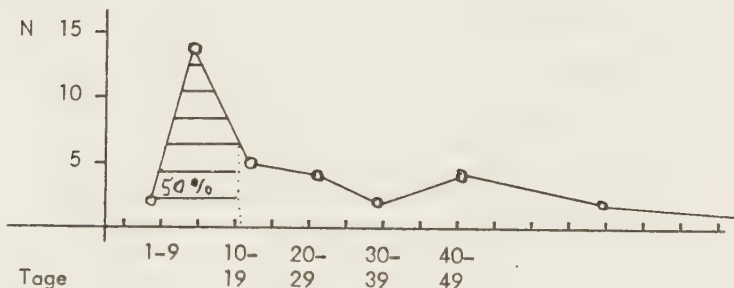


Abbildung 14: Todesfälle bei den Untergebrachten im zeitlichen Ablauf.

n = 44



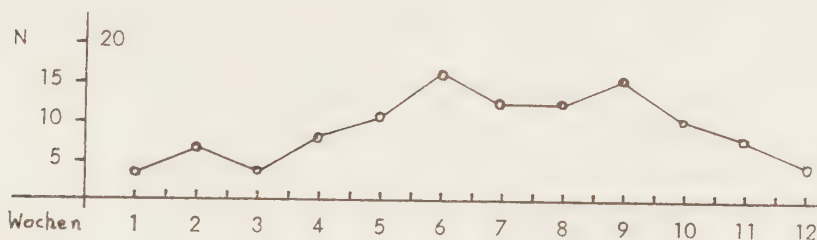
Man erkennt deutlich die Häufung der Todesfälle in den ersten 2-3 Wochen. Annähernd 40 % der überhaupt in diesen Akten erfaßten Todesfälle treten in der ersten Zeit auf, wobei hier die Über 62-Jährigen natürlich die weitaus größte Gruppe stellen. Die Diskussion über die Todesfälle wird an anderer Stelle detaillierter aufgenommen werden.

Die Aufhebung der Voraussetzungen erfolgte von seiten der Klinik in 126 Fällen und 91mal innerhalb der 42-Tage- oder 6-Wochen-Frist. In der ersten Woche fanden wir 6 Aufhebungen, in der zweiten 14, in der dritten wie in der vierten 19, in der fünften dann das Maximum von 26 Aufhebun-

gen, in der sechsten ein deutlicher Abfall auf 7 Aufhebungen. Im weiteren Verlauf gibt es im von uns ausgewerteten Bereich bis jenseits von 3 Monaten noch 35 weitere Aufhebungen der Voraussetzungen.

Durch Entlassungen wurden in der 6-Wochen-Frist bei 50 Personen die Voraussetzungen aufgehoben mit einem deutlichen Anstieg in der zweiten Woche und dem Maximum in der fünften und sechsten Woche mit 12 und 17 Fällen. Der Mittelwert ist 29,8 Tage.

Abbildung 15: Entlassungen im zeitlichen Verlauf



Durch diese Zahlen wird der Praxis einer verspäteten, zeitlich deutlich nach der Unterbringung stattfindenden Anhörung Recht gegeben. 72 % erheben keine Beschwerde oder einen Anspruch auf eine Aufhebung der Unterbringung, also für die meisten ist es richtig, erst einmal in die Klinik zu kommen, dort geschieht dann das Beste für sie.

Die Entlassungen sind nicht nur unter dem Gesichtspunkt Abstimmung mit der 6-Wochen-Frist zu diskutieren. Hier findet sich eine von uns nur zu schätzende Anzahl von Verfahren, die nach einer regelrecht durchgeführten Anhörung schon zu einem Erreichen des Behandlungsziels gereift sind. Diese Gruppe ist allerdings klein, bei der dem anreisenden Unterbringungsrichter mitgeteilt wurde, daß der Untergebrachte schon entlassen wurde. Der Mittelwert ist 49,8 Tage für alle Entlassungen.

4.5.2.c Eilbedürftigkeit und Gefahr im Verzuge

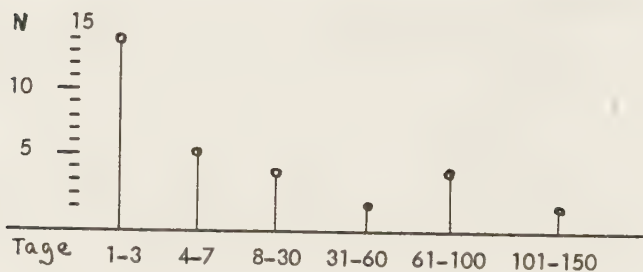
Ein wesentlicher Aspekt ist bei den meisten Unterbringungsverfahren, die sehr dringend erlebte Gefährlichkeit der Situation, vielleicht eine Fülle von Informationen über bedrohliche Symptome, die rasches Handeln als einzig sinnvoll erscheinen lassen. In solch einer Lage muß man eilends entscheiden, und vor allem liegt in solchen Sit^uationen der Grund für die Einführung der Möglichkeit einer einstweiligen Unterbringung in das Gesetz. Wir haben jetzt 30 Unterbringungsvorgänge in unseren untersuchten Verfahren, bei denen in den Akten Anträge auf eine Unterbringung nach dem Landesunterbringungsgesetz vorliegen, die zum Teil wesentlich früher gestellt wurden, als die eigentliche Unterbringung in der Klinik stattfand.

In allen 30 Fällen wurde eine einstweilige Unterbringung angeordnet, in einem Fall bei einem Angehörigen eines freien Berufs wurde Anlauf genommen zu einem ordentlichen Verfahren und dann doch die Unterbringung in der einstweiligen Form angeordnet.

Interessant ist es jetzt, die sozialen Daten, die Krankheitsvorgeschichte und die Unterbringungsdetails bei dieser Gruppe mit der anderen zu vergleichen, bei der der Antrag und die Anzeige von störendem Verhalten später beim Richter in den Akten war, als der Betreffende in der Klinik.

Abbildung 16

Zeitraum, in dem Anträge vor der Einlieferung vorlagen



Wir müssen sicherlich zwei Gruppen aus praktischen Gründen voneinander scheiden. Die größte Gruppe im Zeitraum von 1-3 Tagen, bei der aus Gründen z.B. einer verzögerten Postzustellung, wegen Feierabend und ähnlichen kurzfristigen zeitlichen Problemen Hindernisse auftreten können: 14 Personen fallen in diese Kategorie, bei 16 Personen hatte man zwischen 4 Tagen und einem halben Jahr Zeit, ein ordentliches Verfahren mit allen Feinessen durchzuführen; vorgezogen wurde, wie es scheint aus einer abwartenden Haltung heraus, das einstweilige schnelle Verfahren.

Wir haben erste Anzeigen und Anträge der Landratsämter hier zusammengefaßt im Hinblick auf das Anliegen dieser Arbeit. Es müßte der Nachweis erbracht werden, daß im Vorfelde der Einweisung in eine Klinik genügend Beobachtungen sich geradezu aufdrängen, um zu einer vernünftigen, nicht gewaltsamen psychiatrischen Annäherung und Hilfestellung Anlaß zu geben und den Betroffenen zum Eingehen auf diese Hilfestellung zu motivieren.

Bei einer so eingeschliffenen und gesetzlich bereitwillig angebotenen Routinebearbeitung der Probleme ist es natür-

lich wesentlich mühevoller, sich auf die Beobachtung für eine Zeitlang einzustellen, um dann in reiflicher Abwägung des Rechts des Einzelnen auf Skurrilität und selbstschädliche Handlungen eventuell einzugreifen zu einem Zeitpunkt, wo Hilfe noch angenommen werden kann. Wir können bei den meisten Untergebrachten von einem sich rasch vergrößernden Ausmaß von Kommunikationsstörung und Kommunikationsschwund ausgehen.

Wozu aber sollte man solche enorm differenzierte und schwierige Einstellung zum Mitmenschen gewinnen, wenn es viel einfacher ist, das ganze Störende bis zu einem bestimmten Grad von Unerträglichkeit anschoppen zu lassen, bis es halt mehr ist, als die Polizei erlaubt und dann den Störer in die Landesnervenklinik bringen zu lassen. Der Paragraph 21 rechtfertigt jede Raschheit und ermöglicht komplette Oberflächlichkeit in der Bewertung und Erkenntnis der Ursachen für die vorliegende Störung.

Wenn man die riesengroße Gruppe der anderen Fälle anschaut, so liegt die Unterbringung zeitlich meist recht eng vor dem Eintreffen der landratsamtlichen Anträge. In 80 % liegen die Anträge bis zu einer Woche nach der Verbringung in die Klinik vor. Die restlichen Unterbringungssituationen sind aus uns nicht ganz klaren Gründen wesentlich früher erfolgt, als die Anträge datumsmäßig gekennzeichnet sind. Es ist uns jetzt nachträglich nicht mehr möglich, die Ursachen zu differenzieren, ob Auswertungsfehler vorliegen, oder ob prozessuale Besonderheiten diese zeitlichen Verschiebungen bedingt haben.

4.5.3.a Rechtsmittel

Rechtsmittel können als Beschwerde gegen die Unterbringung in freier schriftlicher Form eingelegt werden. Berechtigt zu diesem Schritt sind in erster Linie der Untergebrachte, dann ein beigeordneter Rechtsanwalt oder ein Pfleger für das Verfahren, in weiterer Linie können Verwandte oder benannte Vertrauenspersonen gegen die Unterbringung protestieren, und dann besteht noch die Möglichkeit, daß das antragstellende Landratsamt sich über die richterliche Entscheidung beschweren kann, wenn das Gericht die Unterbringung abgelehnt hat. Diesen Ämtern steht auch die Möglichkeit zu, sich über die angeordnete Dauer der Unterbringung zu beschweren.

In 19 Fällen (11 %) wurden Rechtsmittel nach § 15 eingelegt, in 157 Fällen (89 %) wurde ausdrücklich vermerkt, daß kein Rechtsmittel gegen die Entscheidung in Anspruch genommen wird; in 46 Fällen ist diese Frage nicht positiv oder negativ berührt worden.

In § 19 wird das Verfahren im Antrag auf Aufhebung geregelt. Hier tauchen in 22 Fällen, also genau 10 %, Hinweise auf eine gerichtliche Behandlung eines Antrags auf Aufhebung oder Änderung der Unterbringung auf. Diese Hinweise lassen sich differenzieren nach Art des Antragstellers, und wir finden, daß die meisten Anträge, nämlich 50 %, von den Untergebrachten selber gestellt wurden, Pfleger oder Rechtsanwälte stellen dann fast ein Drittel, und die Anträge von Eltern oder Vertrauenspersonen tauchen nur zweimal auf. Ebenso gab es in zwei Fällen Anträge der Verwaltungsbehörde auf Änderung der Unterbringungsdauer. In 13 Fällen, fast 70 %, wurde den Antragstellern ein

Bescheid erteilt, bei sechs Personen (30 %) wurde davon abgesehen, den Bescheid zu erteilen. Die Voraussetzung hierzu muß sein, da sich aus der Art des Antrags ablesen läßt, daß eine Verständigung wegen des Geisteszustandes des Untergebrachten nicht möglich ist. Zum zeitlichen Ablauf konnten wir erkennen, daß 25 % der Anträge in der ersten Woche gestellt wurden, 25 % in den beiden folgenden Wochen, dann nimmt die Zahl der Anträge stetig ab, einzelne Beschwerden gegen die Unterbringung liefen noch nach 2-3 Monaten ein.

Nach einer Woche ist schon in 13 % ein Bescheid hierzu erteilt, bzw. ein gerichtlicher Beschluß gefaßt über die Aufhebung oder Nichtaufhebung der Unterbringung. Nach drei Wochen liegt in 26 % eine Entscheidung des Gerichts vor. Wir sehen deutlich eine Verzögerung von 1-2 Wochen, damit ist zu erkennen, daß auf die Tatsache einer rechtlich geordneten Beschwerde rascher reagiert wird als auf die Tatsache einer rechtlich geordneten Zwangsunterbringung. Die Unterbringung in der Folge von Beschwerde und Bescheid wurde in 32 % aufgehoben, und in 68 % blieb es bei der Unterbringung. Im ganzen gesehen handelt es sich ja nur um eine kleine Gruppe, bei der diese Verfahrensbesonderheit auftaucht.

4.5.3.b Diagnosen derjenigen, die sich beschweren

Es gibt keine Diagnose, bei der eine besondere Häufung von Beschwerden zu erkennen wäre; bei den häufigsten Erkrankungen: Hirnarteriosklerose, Schizophrenie, affektive Psychose und Alkoholkrankheit liegt der Anteil von Beschwerden jeweils zwischen 9 % und

11 %. Bei der Differenzierung nach verschiedenen Antragstellern liegt die Gruppe der als schizophren diagnostizierten im Einreichen der Beschwerden mit 71 % ganz vorne. Bei den Alterskranken wurden entsprechende Anträge nur von den Pflegern gestellt. Bei den Schizophrenen wieder wird die Unterbringung nur in einem Fall von 8 aufgehoben, bei affektiv Erkrankten und bei Alkoholkranken wurde die Unterbringung nicht aufgehoben.

4.5.4 Anhörungsverfahren

Wir haben schon im Kapitel 4.5.1.d über den zeitlichen Eintritt in das Anhörungsverfahren geschrieben und die Welle von diesbezüglichen Aktivitäten in der 4.-6.

Woche der Unterbringung gesehen.

Jetzt müßten wir über die Anhörungssituation berichten. Hier treffen sich der Patient, ein Klinikarzt, der Richter, ein Protokollant in der Landesnervenklinik meistens am selben Wochentag. An diesem Tag finden dann meist mehrere solcher Verfahren statt. 4-8 Unterbringungen werden in Anhörungsform an so einem Tag behandelt. In dem Verfahren spricht der Richter mit dem Untergebrachten, versucht sich selbst ein Bild zu machen und holt dann die ärztliche Stellungnahme ein. In dieser Situation treffen wieder, wie in der ganzen Zwangsunterbringungsfrage, zwei Interessen aufeinander. Das medizinische, auf Krankheitsbegriffe gerichtete und auf Heilung abzielende Wollen des Arztes und die Verpflichtung des Richters, nicht über Krankheit, sondern über Gefährlichkeit für sich oder andere, über Ordnungsstörung und Hilflosigkeit oder Verwahrlosungsge-

fahr des Betreffenden zu urteilen. Die ärztlichen Stellungnahmen erscheinen dann im Protokoll mit einem medizinischen, psychopathologisch identifizierenden Teil, um dann in einem zweiten Teil Aussagen über die Notwendigkeit oder Überflüssigkeit einer weiteren Behandlung zu machen. Hier bietet der Arzt dem Richter einen gesetzlichen Angelpunkt. Wir finden dann in der anfänglich untersuchten Frage, ob und wie der Richter die ärztliche Stellungnahme in seine Beurteilung übernimmt, eine sehr weitgehende wörtliche Übereinstimmung. Diese Übereinstimmung ist unvermeidlich und zeigt jenen Punkt durch Erfahrung gerechtfertigter vertrauensbereiter Zusammenarbeit, ohne den es gar nicht möglich wäre, in diesen zwei Disziplinen zu einem gemeinsamen Ergebnis zu kommen.

In den Protokollen taucht von den Äußerungen des Untergebrachten nur wenig auf, mehr in der Art einer Zusammenfassung in Kernsätzen.

Rechtsanwälte oder Pfleger wurden in diesen Anhörungen fast nie direkt mit beteiligt.

Bei Hirnarteriosklerotikern gab es in 47 % einen rechtlichen Beistand durch einen Anwalt oder Pfleger, bei Schizophrenen in 62,5 %, bei affektiv Erkrankten in 33 %, bei Alkoholkranken in derselben Größe.

4.5.4.a Einfluß der Diagnosen auf den Zeitpunkt der Anhörung

Wir können aus dieser Kreuztabelle keinen Einfluß der diagnostischen Ersteinteilung auf den Zeitpunkt des Anhörungsverfahrens erkennen. Eine Aufbereitung von einzelnen Informationen über den jeweiligen Unter-

gebrachten wird, wie hier zu erkennen, nicht versucht. Die Patienten werden in einer Art Gerechten Gleichmachens alle mit derselben, medizinisch heilungsorientierten Verzögerung angehört. Nicht einmal die Diagnosen der Klinikärzte im Anhörungsverfahren führen zu einer individuell verteilten Beschleunigung. Soziale Daten oder psychopathologische Daten sind nicht relevant oder auf jeden Fall deutlich geringer einflußreich als prozeßtechnische Besonderheiten, wie Beschwerde oder Einspruch gegen die Unterbringung.

4.5.4.b Verschiebung der Diagnosen in Beziehung zu sozialen, Krankengeschichts- und Prozeßdaten

Im Anhörungsverfahren ergibt sich eine zweite Möglichkeit, Verhaltensbesonderheiten auf ihre psychiatrische Zuordnung hin aufzugliedern.

Die Deutlichkeit von Beschreibungen und damit unsere Möglichkeit einer Zuordnung im Diagnoseschema ICD nimmt zu. In der Erstdiagnose haben wir 132 eindeutige Zuordnungen leisten können, für die Erstellung von Zweitdiagnosen fanden wir 144 ausreichend deutliche Beschreibungen.

Interessanterweise nimmt dabei die Differenzierung innerhalb der weiblichen Gruppe zu, die Anzahl der Männer mit diagnoseermöglichenden Daten liegt mit $n = 84$ bei der Erstdiagnose und $n = 83$ bei der Zweitdiagnose auf gleicher Höhe. Bei den Frauen haben wir eine Zunahme bei diesem Vorgang von 48 auf 61 Personen.

In den Diagnosen gibt es einige Bereiche, wo sich deutliche Veränderungen von der Erst- zur Zweitzuordnung abzeichnen. Vor allem im Bereich der Alters-

krankheiten, der Demenzen und organischen Hirnstörungen nimmt unsere Möglichkeit der Entscheidung einer Diagnosestellung zu (s. Kap. 4.2.1.a)

Sinnvollerweise und vor allem, um nicht eine Überfrachtung zu betreiben werden wir im weiteren nur die Beziehungen zwischen Erst- oder Zweitdiagnosen und den sozialen Daten anschauen. Wir untersuchen hier, ob sich bei den Zweitdiagnosen eventuell andere Zusammenhänge ergeben. Zum Beispiel bei der Frage einer Geschlechtsspezifität einer Krankheit könnten sich Unterschiede in der Treffsicherheit ergeben. Wir finden die Geschlechtsbezogenheit bei den Zweitdiagnosen deutlich geringer. Der Bezug der Diagnosen auf den Zivilstand nimmt ebenfalls deutlich ab. Der Beruf hat auch im zweiten diagnostischen Zugriff keine Zuordnungsmöglichkeit ergeben. Bei der Primärgruppe gibt es eine Verschiebung. Theoretisch im Lichte der sozialpsychiatrischen Forschung besteht ja eine Beziehung zwischen der Gruppe, in der man hauptsächlich lebt und der Ausprägung einer psychischen Erkrankung. Wir haben bei unserer Untersuchung nicht in der wohl erforderlichen Weise zwischen verschiedenen Qualitäten von Familien oder Kommunikationsstrukturen differenzieren können. Wenn die Deutlichkeit der Zuordnung von Zweitdiagnosen und primärer Gruppe höher ist, kann man das vielleicht als Hinweis auf die größere "Richtigkeit" des Diagnostizierens in der Kliniksituation sehen. Bei der Zweitdiagnosengruppe leben 28% noch bei den Eltern, in eigener Familie 43%. Bei der Erstdiagnosengruppe leben 33% noch bei den Eltern, in eigener Familie 36%.

Bei dem Vergleich der Erst- und Zweitdiagnosen nach klarer Beziehung zur Tatsache einer früheren psychischen Erkrankung ergibt sich ein deutlicheres Bild bei den Zweitdiagnosen. Bei den gegebenen Alternativen : früher schon einmal erkrankt oder ausdrücklich nicht, zeigt sich, daß die negative Tatsache bei der Gruppe der Zweitdiagnostizierten achtmal so häufig erwähnt wird. Die Tatsache einer früheren Erkrankung ist in der Phase einer noch zu erreichenden Unterbringung wesentlich bedeutsamer und wird entsprechend häufiger erwähnt.

Möglicherweise aus der gleichen Beziehungsbildung wie in der Zuordnung von Zweitdiagnose und Primärgruppe haben wir in der Assoziation von Diagnosen im Anhörungsverfahren zu den Unterbringungsgründen für die Familien eine ähnlich gelagerte Verschiebung. Die Erstdiagnose hat mit den Gründen, die die Familie sehen kann in den Rastern von Eigen- oder Fremdgefährdung überhaupt nichts zu tun. Die Zweitdiagnose zeigt eine viel deutlichere Beziehung hierzu.

Bei den Begründungen von Nachbarn und Kollegen bleibt die Beziehung zur Zweitdiagnose so diffus wie zur Erstdiagnose.

Viel deutlicher, man kann in diesem Fall sagen eher auf die Möglichkeit der Erstellung einer Diagnose hin zugeschnitten, findet man die Beziehung zwischen Unterbringungsbegründungen von Hausärzten und psychiatrischen Fachärzten und Diagnostizierbarkeit im ersten wie im zweiten Schritt. Hier könnte sich zeigen, daß die begutachtenden Ärzte und der Verfasser eine ähnliche Reaktion auf Verhaltensbeschreibungen haben, nämlich die Neigung, bestimmte Kategorien zu bilden, wenn z.B. so etwas wie Ich-Störungen beschrieben werden.

Bei der Zuordnung von Diagnosen zur Begründung für eine Unterbringung, ob jemand gefährlich, hilflos, verwahrlost oder störend erlebt wird, stimmen die Hausärzte eher mit der Diagnosestellung im Anhörungsverfahren überein als die psychiatrischen Fachgutachter.

Keine tragfähige Beziehung zeigt sich bei der Stellungnahme von Amtspersonen; hier haben wir ähnlich wie bei den Fachärzten die Neigung gesehen, eine Kombination und Vielfalt von Unterbringungsgründen sozusagen sicherheits halber einzubringen; das verwässert die Beziehung im Vergleich zu den deutlich individuelleren und wohl einfach besser informierten Aussagen der Hausärzte.

Man kann ja davon ausgehen, daß die zweite Diagnose deutlicher und stimmiger ist, einheitlicher nach einer bestimmten psychiatrischen Schule beobachtet wird und Verhaltensformen beschrieben werden; weiterhin kann man die Diagnose mit einiger Wahrscheinlichkeit als richtiger ansehen, da eine doch mehrwöchige Beobachtungszeit und Behandlung in der Klinik den Stellungnahmen der Fachärzte vorausgegangen ist. Wo ein Antrag auf Aufhebung der Unterbringung gestellt worden ist, zeigt sich eine deutlichere Beziehung zur Zweitdiagnose, d.h. hier ist eher polarisiert, daß der Schizophrene sich selbst gegen eine Unterbringung wehrt.

Bei den Äußerungen des Unterzubringenden oder Untergebrachten gibt es interessante Beziehungen zur Erstdiagnose wie zur Zweitdiagnose. Diese Äußerungen können situationsgerecht zustimmend, situationsgerecht ablehnend, gleichgültig aber im Rahmen der Anhörungssituation oder völlig inadäquat zu diesem Gerichtsverfahren sein. Hier

liegt ja nun auch eine sehr große Nähe des Klienten zum Diagnostizierungsvorgang vor, er ist selbst beteiligt -übrigens der einzige Ort, wo man in den Akten verschwommen durch die protokollierende Vermittlung den Betroffenen selber reden hört.

Natürlich besteht eine enge Beziehung zwischen der Stellungnahme des Klinikarztes zur Verlängerung der Unterbringung und der Diagnose. Diese Stellungnahmen werden ja notgedrungen die wesentliche Quelle unseres Versuches zur Diagnosefindung.

Bei den zeitlichen Verläufen der Unterbringungen zeigen sich keine klaren Zusammenhänge.

4.5.4.c Verlauf und Ergebnisse der Anhörungen

Der äußere Rahmen und die Konflikte in der Begegnung von Jurisdiktion und Medizin wurden schon auf den Seiten 113 bis 117 dargestellt.

Jetzt noch ein paar weitere Ergebnisse unserer Datenauswertung:

Aus der Zahl der Anhörungen ärztlicher Sachverständiger kann auf die Zahl der überhaupt erfolgten Anhörungen geschlossen werden. 166 Anhörungen im Rahmen der Landesnervenklinik wurden durchgeführt, also in 75 % der Fälle kam es zu diesem Verfahrensschritt, es erfolgte also vorher keine Ankündigung einer Aufhebung der Voraussetzungen von seiten der Klinik. Die genauen Ergebnisse sind der Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19

Ergebnisse der Anhörungsverfahren

	N : % ja	N : % nein	N : % entfällt
Anhörung ärztlicher Sachverständiger	166 : 75	-	56 : 25
Arzt für Verlängerung der Unterbringung	106 : 48	56 : 25	60 : 27
Weitere Unterbringung beschlossen	104 : 47	61 : 28	57 : 26

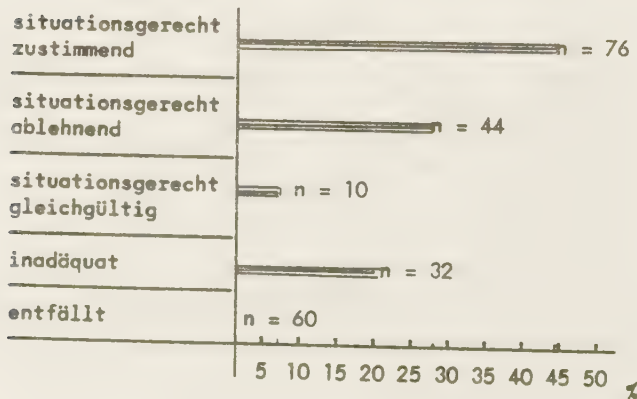
Die ärztliche Stellungnahme für eine Verlängerung der Unterbringung wird in den meisten Fällen vom Richter in fast wörtlicher Weise übernommen; wenn eine Unterbringung nicht beschlossen wurde, dann wegen des Einverständnisses des Patienten. Die Zahlendifferenzen, die zu erkennen sind, liegen durchaus auch im Bereich der Auswertungs- und Verarbeitungsfehler.

Annähernd zwei Drittel der Untergebrachten erfahren im Anhörungsverfahren eine Bestätigung der Rechtmäßigkeit der bisherigen Unterbringung, zusammen mit einer weiteren Unterbringungsverlängerung.

Bei einem Viertel kommt es gar nicht erst zum Anhörungsverfahren, und ein weiteres Viertel erfährt die Aufhebung der Unterbringung im oder nach dem Anhörungsverfahren.

Die Äußerungen der Untergebrachten werden, wie schon erwähnt, protokolliert. Wir haben diese Äußerungen in vier Kategorien eingeteilt (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17 Äußerungen des Untergebrachten



Situationsgerechtes Verhalten wurde genannt, wenn die ganze Anhörungssituation mit der Wichtigkeit der richterlichen Entscheidung für das weitere Leben begriffen wird und vom Untergebrachten sprachlich hierüber Äußerungen kommen. Situationsgerechte Zustimmung heißt ungefähr: "Ja, mir ist klar, was heute ansteht, ich bin mit einer weiteren Behandlung einverstanden". Situationsgerechte Ablehnung heißt: "Ich bin nicht krank, ich will hier sofort entlassen werden. Wenn das Gericht mich hier festsetzt, ist das Freiheitsberaubung". Situationsgerechte Gleichgültigkeit heißt: "Mir ist schon klar, was heute verhandelt wird, mir ist es völlig gleich, ob ich hier bleibe oder nach Hause gehe. Mir kann doch niemand helfen". Inadäquat zu reden heißt, daß der Anzuhörende sich nicht auf die Situation einstellen kann oder mag, eventuell sehr desorientiert ist oder sich in wahnhaften Äußerungen ergeht.

130 Personen von 162 Angehörten haben die Situation erfaßt und waren bereit, sprachlich darauf einzugehen. 32 Personen hatten diese Möglichkeit nicht oder wollten diese nicht wahrnehmen.

Auffällig war allerdings noch , daß Untergebrachte, bei denen die Umgebung sich in den Hinweisen zur Unterbringung eher auf Vermutungen stützte, sich ganz deutlich, nämlich mit 80 %, für eine weitere Unterbringung äußern. Im Verlauf des Verfahrens taucht zur Begründung einer Nichtanhörung eine Reihe gesetzlich festgeschriebener Möglichkeiten auf. Diese sind 1. Gefahr im Verzuge, 2. eine Verständigung ist nicht möglich, 3. eine Anhörung wäre nicht ohne

Nachteile für die Gesundheit möglich, und 4. eine Verzögerung und unverhältnismäßig hohe Kosten. Wenn man diese Einschätzungen kreuztabelliert mit den Äußerungen des Untergebrachten im Anhörungsverfahren, so ergibt sich, daß keine signifikante Beziehung entstanden ist. Bekannt ist, daß von denen, die nicht kommunikationsfähig empfunden werden, 50 % der Unterbringung zustimmen. Allerdings erfolgt diese Befragung ja - wie schon gezeigt - Wochen nach Einlieferung und nach Behandlung.

Die Begründungen für eine Nichtanhörung im ordentlichen oder einstweiligen Verfahren sind rein formal und nur sprachliche Schlenker, um dem Gesetzestext entsprechend Genüge zu tun.

Welchen Einfluß haben die Äußerungen des Untergebrachten auf das Bestimmen einer weiteren Unterbringung?

Einzelheiten sind der Tabelle 20 zu entnehmen.

Wer zustimmt, wird in 35 % dennoch weiter untergebracht, dies wohl auch, um bei routinierten Patienten - z.B. aus der Gruppe der Suchtkranken - eine Handhabe zum Fortsetzen der Therapie zu haben, also um sich nicht auf ein kurz in dieser gerichtlich offiziellen Situation gezeigtes Interesse an einer Behandlung stützen zu müssen. Wer ablehnt, wird in 90 % weiter untergebracht. In diesem Verfahren wird ja nicht unbedingt gefragt, ob jemand eine Krankheit behandelt haben möchte, sondern man stimmt ja als Untergebrachter einer wesentlich umfassenderen Beeinflussung seiner rechtlichen und räumlichen Möglichkeiten zu; daß hier Ablehnungen gezeigt werden und das Gericht sich paradoxerweise nicht entschließt,

die Unterbringung zu verlängern, hängt häufig damit zusammen, daß innerhalb der einstweilig eingerichteten Unterbringungsfrist eine ausreichende Genesung vom Arzt erwartet wird. Wer sich gleichgültig äußerte, wurde in jedem Fall weiter untergebracht, wer inadäquat sprach und sich verhielt, wurde auch mit einer Ausnahme weiter untergebracht.

Tabelle 20

Einfluß der sprachlichen Äußerungen auf die Fortsetzung der Unterbringung

	beschlossen		nicht beschlossen		
situationsgerecht zustimmend	N=26	37 %	N=44	63 %	70
situationsgerecht ablehnend	N=39	91 %	N= 4	9 %	43
situationsgerecht gleichgültig	N=10	100 %	-	-	10
inadäquat	N=28	97 %	N= 1	3 %	29
	<u>68 %</u>		<u>32 %</u>		<u>152</u>
	Weitere Unterbringung				

Wichtig und auch etwas Überraschend ist die Tatsache, daß die Äußerungen des Untergebrachten in den bekannten Kategorien keinen Einfluß auf die vom Gericht beschlossene Dauer der weiteren Unterbringung haben.

Es fällt auf, daß der Beschluß des Gerichts verschieden

schnell gefällt und dem Betreffenden verschieden rasch zugestellt wird. Wer der Unterbringung und ihrer Verlängerung zustimmt, hat den Beschluß rascher in Händen als ein Ablehnender. Diese Gruppe muß zu zwei Dritteln länger als 5 Wochen warten, bis der Beschluß ihnen zugeht.

Die Beziehung zwischen der Möglichkeit des Patienten, sich im Anhörungsverfahren deutlich zu äußern und dem Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik ist sehr wichtig und wirft auch ein Licht auf den Begriff der Krankheitseinsicht und der Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung. Die Bedeutung dieser Einstellungen oder Motivationen für die Behandlungsdauer wird in dieser Tabellierung sehr deutlich. Bei den situationsgerecht Zustimmenden finden wir die größte Gruppe von Entlassungen. Es sind 50 % innerhalb des von uns ausgemessenen Zeitraums von drei Monaten. Die Ablehnenden bilden eine wesentlich kleinere Gruppe von 30 %, die Gleichgültigen stellen nur 8 % und die Unangepaßten 11 %.

Neben dieser quantitativen Bevorzugung der Gruppe der Zustimmenden haben wir auch gefunden, daß aus dieser Gruppe nach einem Monat schon ca. ein Fünftel entlassen wurde, von den Ablehnenden keiner, auch keiner derjenigen, die sich gleichgültig äußerten. Ein Patient, der völlig verworren in der Anhörung sprach, zeigte nach zwölf Tagen schon soviel Aufklärung, daß er entlassen werden konnte. Er ist ein deutlicher Ausrutscher in dieser Gruppe.

Nach zwei Monaten sind von den Behandlungseinsichtigen 82 % entlassen worden und nur jeweils 37 %

von den Ablehnenden oder Gleichgültigen. Die als inadäquat Bezeichneten sind noch alle in Behandlung. Nach drei Monaten sind nur noch 8 % der Behandlungseinsichtigen in der Klinik, 40 % der Ablehnenden und 38 % der Gleichgültigen. Von den Inadäquaten sind noch zwei Drittel zu diesem Zeitpunkt nicht entlassen.

Es ist sehr schwierig abzuwägen, ob jetzt die im Anhörungsverfahren einer weiteren Unterbringung Zustimmenden die Gesünderen sind, die auch ohnehin damit rechnen könnten, wegen leichterer Erkrankungen nur kurzfristig behandelt werden zu müssen. Die Bedingungen, die sich aus einer gewissen Anpassungsleistung an den Kliniks- und Gerichtsbetrieb ergeben, lassen sich in ihrer Auswirkung auf eine Behandlung aus einer solchen Arbeit nach reiner Aktenlage nicht ausloten. Ob sich in einer psychiatrischen Behandlungssituation ähnliche Erfahrungen zeigen könnten, wie z.B. in Schultests, in denen den Lehrern jeweils vorher gesagt wurde, daß es sich um intelligente oder sehr wenig intelligente Schüler handelte und wo dann die Noten ganz entsprechend der früheren Instruktion ausfielen, kann an dieser Stelle nur als Vermutung geäußert werden. Wer mit dem zweifelhaften Begriff psychischer Gesundheit zu arbeiten gezwungen ist, wird die Unsicherheit auf diesem Gebiet kennen und das Verhalten in einer solchen offiziellen Anhörungssituation unter dem Aspekt einer Instruktion mit sich selbst erfüllenden Prophezeiungen zumindest ansatzweise sehen können.

Wir hatten keine Möglichkeit, aus den uns vorliegenden Akten mit genügender Vollständigkeit zu ersehen,

wer mehr als ein Jahr in der Klinik blieb und damit ja in die Gefährdung eines chronischen Erkrankens- und Kliniklebens hineinzurutschen droht. Es besteht eine deutliche Beziehung zwischen dem Todeszeitpunkt und der Art der Äußerungen im Anhörungsverfahren. Insgesamt bei 24 Personen fällt eine Rubrizierung bei Äußerungen und der Tod im von uns beobachtbaren Zeitraum von drei Jahren zusammen. Bei den zustimmend sich Äußernden tritt der erste Todesfall am 40. Tag nach der Unterbringung auf, bei den ablehnend sich Äußernden erst am 600. Tag; wer sich gleichgültig äußerte, läuft nach unserer Beobachtung nicht Gefahr, in der Klinik zu sterben.

Vom Tode bedroht finden sich aber diejenigen, die sich nicht an die Anhörungssituation anpassen können. 67 % aller Todesfälle ($N = 16$) finden sich in dieser Gruppe. Im ersten Monat sterben fünf, im zweiten acht, im dritten Monat zwei und in der restlichen Zeit noch einer. Wir wissen, daß in der gesamten Gruppe 95,5% aller Toten in den Altersgruppen jenseits des 50. Lebensjahres liegen. Wir können hieraus die Gruppe der wahrscheinlich dement-kachektischen Patienten ablesen, bei denen dann natürlich keine angemessene Verständigung über eine Unterbringung möglich ist.

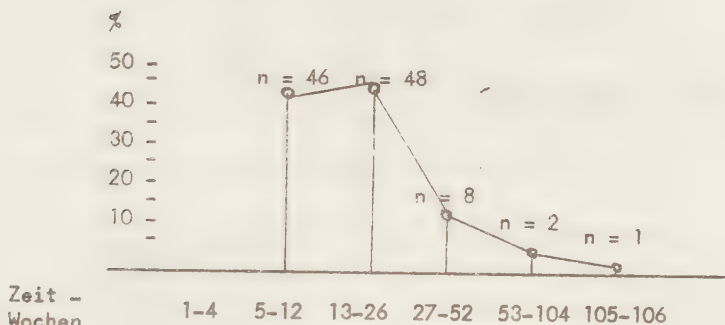
4.5.4.d Dauer der weiteren Unterbringung

Wir hatten schon früher gesehen, daß ein interessanter Zusammenhang zwischen der Erstdiagnose und der Dauer der weiteren Unterbringung bestand. Zur Zweitdiagnose gab es diese Engekorrelierung nicht. Jetzt

untersuchen wir bei den 111 validen Fällen, für wie lange jeweils die weitere Unterbringung beschlossen wurde. Dieses wird deutlich in einer Abbildung:

Abbildung 18

Dauer der weiteren Unterbringung



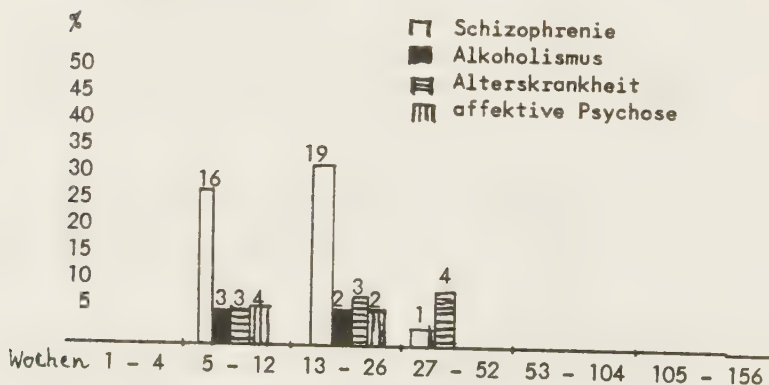
Die größte Gruppe wird zwischen 1-6 Monaten weiter untergebracht. Unterbringungen von einem Jahr oder länger werden nur in einem Zehntel der Fälle angeordnet.

Die diagnostische Einschätzung des Klinikarztes im Anhörungsverfahren ergibt sich aus seiner protokollierten Stellungnahme bei diesem Ereignis. Seine Äußerungen sind für uns Grundlage unserer diagnostischen Annahmen. Warum gerade die Diagnose des Klinikarztes so wenig Einfluß auf die Dauer der weiteren Unterbringung hat, ist uns im wesentlichen unklar. Das ICD ist wohl untauglich, da es psychopathologische Daten enthält, aber keine Einteilungen nach Schweregrad und nach Ausmaß sozialer Zerstört-

heit, zumindestens nicht in dem Bereich, der hier zur Diskussion steht, nämlich der Möglichkeit, sich im eigenen Kranksein zu erkennen und eine Behandlung anzustreben oder konsequent durchführen zu lassen. Wir möchten die Diagnosen der Klinikärzte gegen die der einweisenden Ärzte stellen, um zu sehen, ob nicht in diesem ersten Schritt der Begutachtung mehr von der Krankheit in allen Implikationen erfaßt und benannt wird. Wir greifen wieder die häufigsten Diagnosen heraus.

Abbildung 19

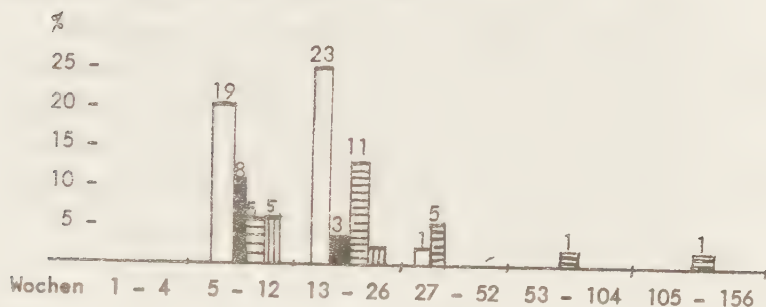
Dauer der weiteren Unterbringung bei der Erstdiagnose



Insgesamt bei 99 Personen haben wir Diagnose und Unterbringungsdauer gegeneinander tabellieren können. Schizophrene und hirnorganisch Alt Kranke sind deutlich häufiger länger untergebracht, als ihrem Anteil in der Gesamtgruppe entspricht, Alkohol Kranke deutlich weniger lang als ihrem Anteil entspricht.

Abbildung 20

Dauer der weiteren Unterbringung je nach Zweitdiagnose



Nach der Zweitdiagnostizierung sieht das Bild im wesentlichen ähnlich aus.

Bei der Tatsache einer weiteren Unterbringung spielt das Geschlecht eine wesentliche Rolle. Männer werden häufiger verlängert untergebracht als Frauen, aber vor allem bei der Gruppe, in der eine weitere Unterbringung nicht beschlossen wird, haben wir 70 % Männer gegen 30 % Frauen. In der Dauer der angeordneten weiteren Unterbringung spielt das Geschlecht keine Rolle, aber bei den langen Unterbringungsanordnungen sind nur Frauen gemeint.

Weiter untergebracht zu werden hängt ziemlich eng mit der Altersstufe zusammen. Vor allem, wenn man relativ jung ist, also bis 30 Jahre, und wenn man über 50 Jahre ist, deutlicher noch, wenn man über 62 Jahre ist, wird man eher untergebracht, auch für eine zweite verlängerte Phase. Die Gründe liegen sicher darin, daß bei jungen Menschen, die Hoffnung eines therapeutischen gründlichen Veränderens der Lebenslage noch Platz hat, man will nicht einen halben

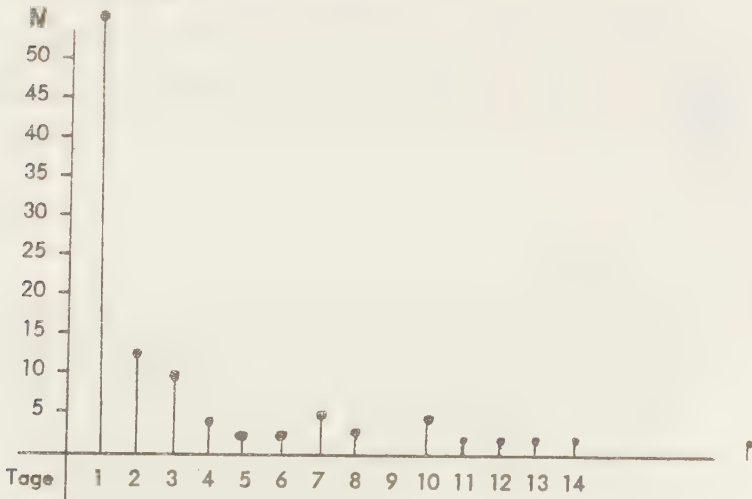
Therapieansatz verlieren und plädiert deshalb bei 75 % der 16- bis 31-jährigen für eine Fortsetzung der Unterbringung. Bei den älteren Patienten liegt sicher eine eher resignative Therapeutische Haltung dem Verlängerungsantrag zugrunde. Vor allem bei alterskranken Männern und Frauen gibt es häufiger keine Chance zur therapeutischen Veränderung, diese können sich nicht auf eine Beurteilung ihrer Lage einstellen, und rein rechtlich, dafür dann auch zeitlich langfristig, muß der Verbleib in der Klinik legalisiert werden.

4.5.5. Der zeitliche Ablauf des Verfahrens.

Wir haben den zeitlichen Ablauf von einer einfachen Auszählung erfaßt, in der wir den Tag des Eintreffens in der Klinik als Tag Nr. 1 bezeichneten, den ganzen weiteren Ablauf der verschiedenen Schritte dann tageweise dazuzählten. Im Kapitel Eilbedürftigkeit hatten wir schon die Fälle herausgesucht, in denen das Ideal einer langsamer und sorgfältiger vorbereiteten Unterbringung eher hätte erreicht werden können, da die Informationen über krankhaftes oder störendes Verhalten schon deutlich vor der Aufnahme in der Klinik vorlagen.

Jetzt haben wir die verschiedenen Schritte der Verfahren zeitlich ausgezählt. Als erstes den Beschluß des Gerichts. Dieser war aus dem Datum des schriftlichen Beschlusses zu erkennen (siehe Abbildung 29).

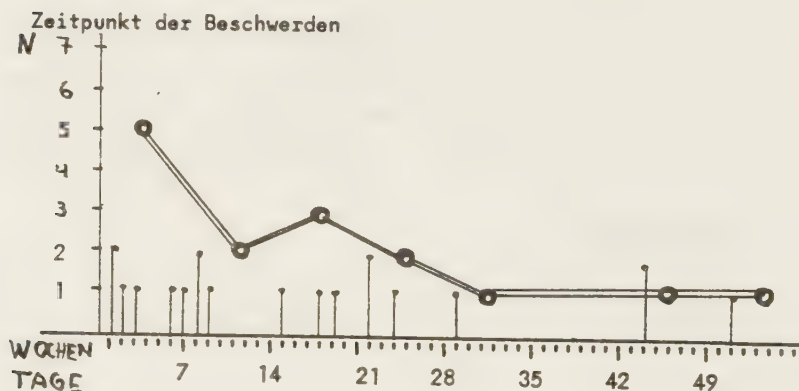
Abbildung 29



Der größte Teil aller gerichtlichen Beschlüsse - 75 % - liegt bis zum 4. Tag nach der Unterbringung vor, nach 2 Wochen haben wir 90 % vorliegen. Warum der kleine Rest jeweils verzögert beschlossen wurde, ist uns nicht klar geworden.

Zweitens wurde untersucht, wann eine Beschwerde eingelegt wurde; insgesamt bei 24 Personen haben wir eine genaue zeitliche Orientierung hierüber, das sind 11 % (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22



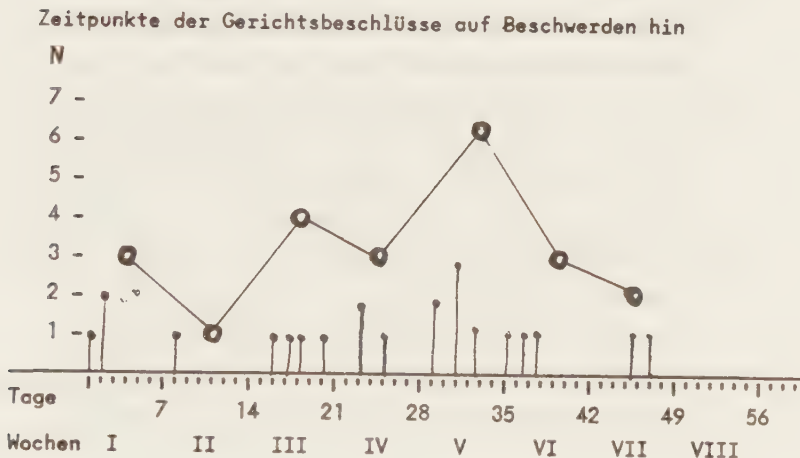
Innerhalb der ersten Woche treffen 25 % der Beschwerden ein, nach 3 Wochen 50 % und nach noch über 3 Monaten entschließen sich Patienten zum formulierten Prozeß gegen die Unterbringung.

Wir haben keine erneute Häufung von Beschwerden gegen die Unterbringung nach dem Zeitpunkt der Anhörung, also nach ca. 4-6 Wochen Aufenthalt in der klinischen Behandlung. Durch die recht breit gestreute Anhörung

ergeben sich dafür keine zeitlichen Gipfel. Die Neigung, sich zu beschweren, nimmt mit längerer Unterbringung ab.

3.: Der Beschluß über die Aufhebung oder Nichtaufhebung der Zwangsunterbringung nach Eintreffen einer Beschwerde wurde ebenfalls ^{im} zeitlichen Eintreten von uns registriert (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23



In der ersten Woche finden wir drei Beschlüsse: das weist auf rasches Registrieren und Bearbeiten durch das Gericht hin. In der dritten und vierten Woche nimmt die Beschlußfassung mengenmäßig zu, um in der fünften Woche mit sieben Beschlüssen den Gipfel zu erreichen; im weiteren Verlauf haben wir deutlich weniger als einen solchen Fall pro Woche, allerdings auch noch nach drei Monaten trifft das Gericht Entscheidungen über die Rechtmäßigkeit von Beschwerden.

Wenn man die Kurven der Abbildung 21 und 22 zusammen betrachtet, findet man eine zeitlich Verschiebung zwischen Beschwerde und Beschluß von 2-3 Wochen. Auf Beschwerden wird nach unserer Untersuchung rascher reagiert als auf die ganz generelle Tatsache einer Unterbringung an sich.

Über den Bereich der Aufhebungen von Voraussetzungen von seiten der Klinik haben wir berichtet (siehe Abbildung 13, S. 117), weiterhin über den zeitlichen Verlauf der Todesfälle (siehe Abbildung 14, S. 118). Die Altersverteilung im Hinblick auf den Tod in der Unterbringungssituation zeigt ganz deutliche Schwerpunkte. Von den jüngeren Patienten stirbt nur einer in der zweiten Woche. Ein Patient zwischen 42 und 51 Jahren stirbt in der ersten Woche, nach dem 52. Lebensjahr treten plötzlich mehr Todesfälle auf: drei in den ersten 2 Wochen, vier innerhalb von 2 Monaten; insgesamt sterben neun Menschen dieser Altersgruppe in Unterbringung. Von den über 62-Jährigen sind 33 in der Unterbringung gestorben, 15 in den ersten beiden Wochen, 19 im ersten Monat, 28 in den ersten beiden Monaten.

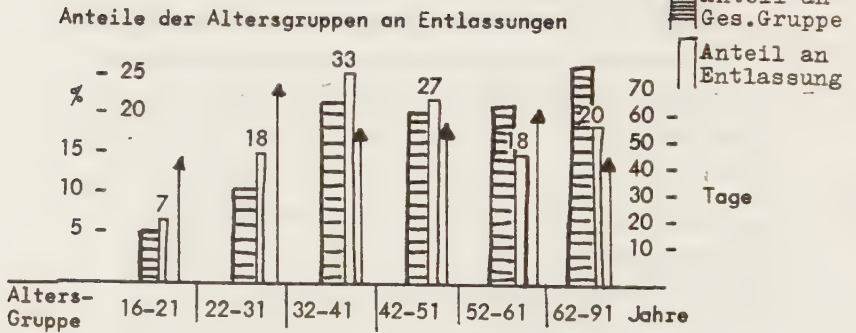
Man erkennt hieraus die Unsinnigkeit oder Gefährlichkeit einer zwangsweisen Behandlung von Alterskranken in einem Krankenhaus. Jemand in solch einer Krankheitssituation in seiner Wohnung bis zu einem solchen Zustand verkümmern zu lassen, daß er stirbt, wenn er verpflanzt wird, wirkt geradezu barbarisch, wenn man dazu noch sieht, daß von den 57 Menschen in dieser Altersklasse (über 62 Jahren) fast 60 % in den ersten Wochen des Aufenthalts sterben. Auch von den Menschen zwischen 52 und 61 stirbt fast ein Viertel ziemlich kurz nach der Zwangsunter-

bringung. Details dieser Todesfälle mußten anderweitig untersucht werden. Man kann noch von der diagnostischen Einschätzung her sicher im wesentlichen diese Gruppe als senil Demente oder arteriosklerotisch Demente einordnen.

Ein weiterer von uns registrierter Einschnitt ist die Verschiebung, d.h. die Verlegung in ein Heim. Diese Gruppe ist nur sehr klein. 16 Personen in einem von uns erfaßten Zeitraum von fast 3 Jahren. Bei diesen langfristigen Veränderungen können wir natürlich eine Halbjahres-Katamnese nur bis zum Jahr 1973 angeben. Deshalb würden bei Todesfällen, Entlassungen und Verschiebungen wahrscheinlich eine Reihe weiterer Angaben einfließen, wenn wir die Aktenauswertung jetzt beginnen würden. Zur Verschiebung nur kurz ein paar Zahlen: Im ersten Monat finden drei Heimverlegungen statt, im zweiten Monat ebenfalls drei, im dritten Monat gab es eine Heimverlegung, und eine relative Häufung finden wir im vierten Monat mit vier Verschiebungen. Im Mittel kann man damit rechnen, nach 120 Tagen in ein Heim verlegt zu werden. Aufgeteilt nach Altersgruppen zeigt sich, daß jüngere Patienten nach drei Monaten frühestens in ein Pflegeheim verlegt werden, alte Menschen ab 62 Jahren sind zu einem Drittel schon im ersten Monat im Heim.

Die Häufigkeit und auch der Zeitpunkt von Entlassungen hängt mit dem Alter des Betreffenden zusammen. Aus der Abbildung 23 erkennt man die Zusammenhänge. Jüngere Patienten und mittelalte werden in größerem relativem Umfang zu ihrer Repräsentanz in der Gesamtgruppe entlassen als alte Patienten.

Abbildung 24



Wenn alte Menschen entlassen werden, dann deutlich früher, die Hälfte nach 40 Tagen, also genauso schnell wie ganz junge Patienten. Am längsten wartet die Gruppe der 22-31-Jährigen auf eine Entlassung, die Hälfte ist erst nach 70 Tagen entlassen.

V. Verhaltensbeschreibungen.

Wir haben in einer telegraphmartigen Verkürzung Verhaltensbeschreibungen aus den Akten festgehalten, meist als Zitate, aus den Einweisungsgutachten und, wenn vorhanden, als Zitate aus der Beschreibung des Kliniksortes bei der Anhörung. In den Einweisungsgutachten - oft sind es auch Stellungnahmen der Angehörigen, der Polizei oder Sozialberichte - beobachteten wir eine Fülle von Verhaltensweisen, die durch die 2- bis 3-fache Konzentrationⁱⁿ der Beschreibung und Protokollierung häufig jeder Besonderheit entkleidet wurden. Vor allem die Signifikanz oder Beweiskraft für die Berechtigung zur Unterbringung ist kaum noch zu erkennen. In solchen Fällen tauchten dann häufig diagnostische Bezeichnungen und spezifisch psychiatrische Symptombenennungen, wie "Denkzerfahrenheit", auf.

Meistens ~~drückt~~ zeigt sich eine massive sprachliche Hilflosigkeit gegenüber den beobachteten Phänomenen aus, die in amtlich offiziöse Floskeln ausweicht. In der Regel bestanden Schwierigkeiten, das beobachtete Verhalten wirklich zu beschreiben, so steht dann da "in der Schweiz auffällig geworden, fühlt sich bedroht", oder "abnorme Verhaltensweise" und noch diffuser "als Eilfall nach A. mit massiven Verhaltensweisen". Die zitierten und eigentlich völlig farblosen Verhaltensbenennungen haben offensichtlich ausreichend Eigengewicht, um Unterbringungspläne zu rechtfertigen.

Um richtig verstanden zu werden, an dieser Stelle wird nicht untersucht, mit wie winzigen Störungen

eine Zwangsunterbringung ausgelöst wird. Wir untersuchen das Verhältnis von sprachlicher Repräsentanz zu unerträglichen, störenden, krankhaft erlebten Verhaltensbesonderheiten.

In anderen Beschreibungen fanden wir einzelne Worte, die eine ganze Skala von verschiedenen Handlungen und Intentionen bezeichnen könnten, wie z.B. "aggressiv" oder "verwahrlost", "Bedrohungen aggressiver Handlungen sind an der Tagesordnung", "Tätliche Auseinandersetzungen". Diese Worte wären in ihrem Umfang nur identifizierbar, wenn ausreichend verfeinerte Darstellungen der Art und der Schwere der Aggressivität oder der Verwahrlosung beigegeben wären. Wir finden diese Worte aber häufig völlig alleinstehend, und so finden wir eigentlich nur Hinweise darauf, daß ein Beschreiber jemanden aggressiv gefunden hat; wir finden einen Hinweis auf dessen eigene Schwelle in der Wahrnehmung von Aggressivität oder in der Empfindlichkeit gegenüber Verwahrlosung. Beide Begriffe haben bekanntermaßen eine hohe Schichtspezifität. Was in Unterschichtskonflikten durchaus akzeptierte Ausdrucksformen sein können, gilt bei Mittelschichtsangehörigen schon als hochgradige Aggressivität. Meistens sind die Beschreiber, zumindest die in Funktionen beim Gesundheitsamt oder die Ärzte, Mittelschichtsangehörige, oder sie sind Angehörige der oberen Unterschicht mit sehr hoher Identifikation mit Mittelschichtswerten, z.B. Polizisten, und die Beschriebenen sind wieder zum überwiegenden Anteil Unterschichtsangehörige, so daß durchaus Zweifel an der Signifikanz und vor allem an der auf den Einzelfall zutreffenden Signifikanz solcher Benennungen berechtigt sind.

Eine andere häufig gefundene Kategorie sind die polizeilichen Sprechformen, die sich aus einer gewissen Sachkenntnis häufig an Gesetzestexte anlehnen, die mit großer Sicherheit beim gesetzlich vorgebildeten, Ersten Richter vorher berechenbare Assoziationshöfe eröffnen: "Jederzeit muß mit unberechenbaren Handlungen seinerseits gerechnet werden" ist so ein Satz, der mehrfach auftaucht. Hierin wird mit geradezu komischer Deutlichkeit betont, daß mit solchen Handlungen von seiten des Unterzubringenden zu rechnen ist, nicht mit "unberechenbaren Handlungen unsererseits", also von seiten der Behörden.

Wichtig ist der Anteil von Beschreibungen, die gewissermaßen vorwegnehmend Verschlimmerungen der Entwicklung fürchtend sich vor allem bezeichnenderweise mit der Feuergefährdung beschäftigen. Einmal wird beschrieben, daß da jemand "mit Kerzen hantiert", auch "unvorsichtig mit Energie hantierte", und im Kontext wird dann deutlich, daß das bei diesem als eine Gefahr gesehen wird. Die Brandgefahr taucht als ein gewisses Standardrisiko vor allem bei hirnarteriosklerotisch erkrankten Unterzubringenden auf. Eine real erfolgte Brandlegung wird allerdings an keiner einzigen Stelle unseres gesamten Untersuchungsguts beschrieben.

Ebenfalls mit Vermutungen oder Einschätzungen der Bedrohlichkeit beschäftigen sich eine andere Zahl von Beschreibungen: Als Beispiel sei hier der groteske Satz genannt, "er stieß Drohungen aus im Sinne von Mord und anderen blutbezogenen Tötlichkeiten". Es wird von "Aggressionstendenzen" gesprochen, "der nächste Tritt in den Magen ist vielleicht der letzte", eine "Gefahr der Verletzung nach Kreislaufkollaps" wird bei einem

stark Trinkenden angenommen; es wird von Suicidabsichten und Suicidversuchen geschrieben und auch, daß ein "Selbstmordversuch nicht auszuschließen" war.

Gerade in der Schilderung der vermuteten Ausweitung von Gefährlichkeit wird deutlich, daß die übliche sprachliche Darstellungsgewalt eines an einer Unterbringung Interessierten einfach nicht ausreicht, um mit einer einfachen Schilderung der Tatsachen ausreichend sicher die gerichtliche Erlaubnis zu einer Zwangsunterbringung zu erzielen.

Gelegentlich machen die ersten Seiten der Akten die Absichten der Verhaltensbeschreiber deutlich, daß "eine längerdauernde Einweisung erforderlich" werde, daß "er einmal wegen seines Zustandes ärztliche Hilfe benötige und sich arbeitsmäßig in die menschliche Gesellschaft einordnen solle". "Es ist unmöglich, den Patienten in der Wohnung zu lassen, während die Mutter operiert werde", "die Mieter dulden Verbleiben nicht", "er wirkt ungewöhnlich belästigend", "eine Repatriierung ist erforderlich". In historischer Unbekümmertheit schreibt ein Beamter auch von einer notwendig werdenden "Schutz-Haft".

Bei aller ins Auge springenden Signifikanz dieser hilflosen Annäherungen an die Erfassung eines so schwierigen Phänomens wie psychische Dekompensation und Gefährlichkeit eines Menschen aus solchen Gründen darf man dennoch nicht vergessen, daß die weitaus größte Gruppe - ungefähr 70 % - der Verhaltensbeschreibungen wirklich detailliert sachlich und damit zu einer Urteilsbildung völlig brauchbar waren.

Daß das Erlebnis einer Begegnung mit einem psychisch Kranken als beunruhigend erlebt wird, zeigt sich ähnlich häufig wie mit einer Art Vorwurfshaltung auf einer zwi-

schenmenschlichen, nicht durch Psychopathologie verbotenen Ebene mit unverständlichen Handlungen zurecht zu kommen. Gesundheitsamtsärztlich routinierte Annäherungsweise zeigt sich in einem Zitat "unverkennlich psychotisch bereits in Mimik und Blick", hier scheint der Kollege vom Gesundheitsamt aus seinem Praecoxgefühl wirklich einen Zollstock gemacht zu haben.

Die in ihrer Schlichtheit geradezu klassische Formulierung "wiederholt rückfällig" taucht isoliert und so lieblos nur einmal auf. Häufig finden sich aber im Kontext Hinweise auf die wiederholte Rückfälligkeit im Zusammenhang mit detaillierten Beschreibungen von Störungen.

Die sprachliche Hilflosigkeit zeigt sich in allen einweisungsorientierten Beschreibungen in der Verwendung von Amtsdeutsch in extra polierenden Äußerungen und psychiatrischen Begriffen und zeigt so das Unvermögen und die Ängstlichkeit gegenüber den Geistes- und Suchtkranken unter den üblich herrschenden, gesellschaftlichen Bedingungen. Sogar wie nie wird in diesen ganzen Schilderungen eine Verursachung diskutiert. Die Störung taucht in diesen Beschreibungen aus einem völlig geschichtslosen und asozialen Raum auf, hat ihre Wirkungen auf die Umgebung, läßt bedrohliche Ausweitungen erahnen und wird dann der ordnungsrechtlichen Beseitigung zugeführt. Familiendynamische oder primärgruppen-dynamische Faktoren, Sucht und auslösende gesellschaftliche Bedingungen, Intoleranz von Nachbarn werden an dieser Stelle nicht betrachtet. Das ist nicht die Aufgabe der Unterbringungs^paparatur. Es fragt sich dann nur, wo können diese Faktoren gesehen und bearbeitet werden, wenn nicht im Vorfelde eines so ungeheuer einschneidenden

Vorgangs wie einer Zwangsunterbringung. Man kann sicher nicht bei Kenntnis der Situation von einem überarbeiteten Großkrankenhausbetrieb erwarten, daß diese Situation vor allem bei der durch die Struktur erzwungenen Gemeindeferne. So erfolgt im Krankenhaus eine symptom-beseitigende Behandlung, eine Entlassung und die berechnete Erwartung des wiederholt Rückfälligwerdens kann sich breit machen.

VI. Schlußfolgerungen

Wir haben jetzt hier eine große Fülle von Daten über Untergebrachte in einer Landesnervenklinik in Rheinland Pfalz vorliegen. Bei allen statistischen Veröstelungen kann doch nicht genügend deutlich erkannt werden, was das eigentlich für Menschen sind, die untergebracht werden. Die Begrenzungen liegen einmal in der Art der Daten, die aus den vorgefundenen Akten genommen werden mußten und die bei weitem keine Sammlung von sozialen und krankengeschichtlichen Parametern sind, wie man es bei einer gezielten und selbst konstruierten Studie einrichten könnte. Allerdings haben wir in der uns auferlegten Datenbegrenzung eine neue Möglichkeit, Informationen darüber zu bekommen, was von Unterbringungsgerichten, von antragstellenden Behörden und von Betroffenen für wichtig für einen solchen tief einschneidenden Schritt, wie die Unterbringung eines gestörten Mitbürgers gehalten wird.

Wir finden, daß bei den normalen von uns angeschauten Unterbringungsvorgängen sehr viele Personen und Institutionen zusammen wirken mußten. Uns wurde aus eigentlich allen Verfahren deutlich, daß die Person, um deren zwangsweise wiederherzustellende Gesundheit es eigentlich geht, am allerwenigsten in Erscheinung tritt. Die durchgehende Praxis sieht so aus, daß möglichst wenig Menschen unmittelbar mit dem Betroffenen in direkter Auseinandersetzung zusammenkommen müssen. Wir haben erst einmal die gestörte Umwelt, die Familie, die Nachbarn, die Kollegen, die Polizeibeamten, die Hausärzte oder Fachärzte, mit denen das Verhalten als

untragbar oder gefährlich erscheint. Diese leiten dann die ersten Schritte des Verfahrens durch Verhaltensschilderungen ein. Es werden in extrem wenig, an einer Hand abzählbaren Fällen Kontrollen der Gemeinde-Institutionen eingeschaltet. In der Regel genügt dann ein ärztliches Zeugnis und eine sicher zu diesem Zeitpunkt empfundene und dargestellte Heilbedürftigkeit, und der Betreffende ist erst einmal von der Bildfläche verschwunden. Ein Richter, der den ersten Schritt sanktioniert, muß sich nicht unmittelbar auseinandersetzen, da es die schnelle und wenig aufwendige Möglichkeit gibt, über eine einstweilige Unterbringung die Situation vor Ort zu entschärfen.

Der Untergebrachte wird dann nach geraumer Zeit mit einer Neigung, es maximal im legalen Bereich hinauszuschieben, vom Richter gesehen, nachdem die Behandlung in der Landes-klinik schon gewirkt hat.

Halten wir es noch einmal fest: Die Praxis der Unterbringungsverfahren im Lande Rheinland Pfalz hat den Vorteil, daß sehr wenig Leute, die eigentlich in einer komplizierten gemeinsamen Handlung zusammenwirken müßten, sich der unmittelbaren Begegnung mit einem Verrückten aussetzen müssen. Diese Begegnung findet in eigentlicher Form in der psychiatrischen Klinik unter eindeutig medizinischen Aspekten statt, die den Nachteil einer extremen Gemeindeferne mit dem Nachteil einer Großeinrichtung mit zu wenig Personal, zu vielen Aufgaben und einer Fülle von zusätzlich krankmachenden Möglichkeiten verbinden. Das Zusammenspiel der Institutionen ist katapultartig geschwind. Der eigentlich als Normalsituation im Gesetz vorgesehene Fall einer Auseinandersetzung einer größeren Gruppe von Menschen mit der psychosozialen Störung eines Mitbürgers wird uns erspart. Es muß nicht zusammen mit der Familie überlegt

werden, welche gruppodynamischen Vorgänge dazu geführt haben, daß ein Mitglied sich so verrückt verhält, es müssen nicht die Stellungnahmen von Freunden oder Vertrauten über diesen Menschen abgewartet werden. Es ist niemand gezwungen, sich in der Funktion eines Pflegers oder als Rechtsanwalt sich von außen in die schwierige Situation und die ganzen Probleme einzuarbeiten. Ärzte müssen nicht in der unmittelbaren Begegnung mit dem Unterzubringenden sich über das äußern, was sie für krank halten. Nachbarn und Kollegen können in der Anonymität bleiben, aus der heraus sie schriftlich Gründe für die notwendig erscheinende Unterbringung vorlegen.

Es ist uns bei der Untersuchung deutlich geworden, daß zu dem Zeitpunkt, zu dem die Unterbringung dann jeweils tatsächlich erfolgte, sich die Ereignisse so verdichtet hatten und so kompliziert und bedrohlich wurden, daß wirklich nur eine Eil-Unterbringung überhaupt Entspannung und Lösungsmöglichkeiten bieten konnte. Es scheint aber eine unheilvolle Mechanik darin zu liegen, daß man eben sich leichtsinniger verhält und alle möglichen Dinge länger anstehen läßt, wenn man weiß, daß eine letzte Sicherung von zuverlässiger und erprobter Wirksamkeit eingebaut ist. Auf unsere Unterbringungs-situation bezogen bedeutet das, daß man als Gemeinde gelegentlich geschlossen wie gebannt auf das zunehmend sich steigernde Fehlverhalten von psychotisch Erkrankten oder Suchtkranken schaut und zu einem Zeitpunkt, wo dann gewisse Grenzen überschritten erscheinen, dann in einem Eilverfahren zugreift und die Störung beseitigt. Wenn diese Möglichkeit nicht so ohne weiteres gegeben wäre, müßte man als Gruppe von Verantwortlichen als Mitmenschen sich früher Gedanken machen, wie gehe ich damit um; welche

Möglichkeiten habe ich, Unheil, das sich da zusammenbaut, zu verhindern. Das setzt voraus, daß sich psychosoziale Institutionen informiert zeigen müssen über das, was mit bedrohten Klienten passiert. Man muß sich als Behörde, als Arzt, als Angehöriger oder Mitbürger ständig und sehr bewußt auf diesem gefährlichen Grat bewegen zwischen der Haltung, einfach alles laufen zu lassen und "das Kind eben wieder aufzuheben, wenn es mit dem Bad ausgeschüttet ist" und der Haltung, jede Abweichung von vornherein mißtrauisch zu betrachten und zu kontrollieren. Auch dieser Ballance-Akt setzt sehr viel Kommunikation und Zusammenarbeit voraus. Diese Zusammenarbeit ist sicher durch die Tatsache erleichtert, daß sehr viele Menschen wiederholt in eine solche Unterbringungssituation hineinkommen und daß hier bei vielen eigentlich Probleme der Nachsorge geklärt werden müßten. Schwierig bis zur Grenze der Überforderung ist es dann auch, daß wir mit riesigen, teuren und aufwendigen, zentralen psychiatrischen Sammelbecken arbeiten müssen, daß für eine einzelne Gemeinde angesichts einer solchen zentralistischen Situation erstens keine Notwendigkeit besteht, für die eigenen psychisch kranken Bewohner etwas auf die Beine zu stellen, und zweitens wäre es unter den gegenwärtigen Bedingungen sicher eine aufwendige und mühevollen Arbeit von geringer politischer Opportunität eigene Einrichtungen in den Ort zu schaffen und auf den bequemen Prozeß der Auslagerung über Zwangsunterbringungsverfahren zu verzichten.

Wir haben in dieser Arbeit versucht herauszufinden, ob der soziale Status der Unterzubringenden in den Einlassungen und Akten der Behörden der Begutachtenden

und des Gerichts eine spezifische Bedeutung gewinnt. Wir haben keinen typischen Untergebrachten finden können. Wir könnten aber eine Reihe von Andeutungen in dieser Richtung zusammenstellen, so daß z.B. eher ältere Menschen untergebracht werden als jüngere Menschen. Es ist deutlich, daß sehr viel mehr Männer untergebracht worden sind als Frauen und daß das für eine solche staatliche Handlung Fördernde ist, wenn man allein steht, als wenn man verheiratet ist. Arbeitslos zu sein oder in sozial wenig geachteten beruflichen Positionen beschäftigt zu sein ist etwas, was eher zu einer Unterbringung führt. Nach den gängigen Schicht-Modellen stammt ja über die Hälfte der Untergebrachten in unserer Untersuchung aus der unteren Unterschicht. In der Großstadt zu leben ist eher ein unterbringungs^wbegünstigender Faktor als in einer Kleinstadt zu leben. Besonders kritisch geht es mit älteren verwitweten Frauen, auch männlich, geschieden und zwischen 30 und 40 Jahren alt zu sein, ist eine Situation, in der eher eine solche Erkrankung zu sehen ist, die dann zur Unterbringung führt. Ähnlich profiliert in dieser Hinsicht sind die über 30-jährigen Männer, die noch in den elterlichen Familien leben.

Man könnte hieraus interpretieren, daß es soziale Gruppierungen gibt, die eher zangs^wuntergebracht werden und diese Gruppen entsprechen im soz. Aufbau der Verteilung der Patienten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Diese Einrichtungen sind bevorzugt Einrichtungen für Unterschichts-Angehörige und werden für die Mittelschicht oder Oberschicht nicht benötigt. Hier kann man wieder erkennen, daß es sich nicht nur um ein Problem des Umgangs mit dem Verrückten an sich handelt, sondern daß hier der von Dörner sogenannte "arme Irre" derjenige ist, mit dem die unmittelbare Berührung über

dieses Unterbringungsverfahren vermieden wird oder nur ganz wenigen Personen zugemutet wird.

Wir hatten in einem dritten Teil uns mit der Frage beschäftigt, wie weit sich erkennen läßt, ob das Gesetz zur Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken korrekt und sinnvoll angewendet wird. Hierbei ist zu erkennen, daß wir auch nicht den geringsten Hinweis auf irgendeine Beugung finden konnten; man muß aber deutlich erkennen, daß die gesetzlichen Möglichkeiten immer unter dem Ansatz, eine rasche, unkomplizierte, wenig Menschen belastende Lösung zu finden, voll und ganz ausgeschöpft werden, so insbesondere in dem Bereich, den wir dann als vierten Teil angeschaut haben, im zeitlichen Ablauf der Verfahren, bei dem deutlich zu erkennen ist, daß das Gesetz dazu benutzt wird, um einen raschen, unkomplizierten Zugriff und eine möglichst lange Behandlungsdauer einzurichten, bevor der Richter offiziell und persönlich in Erscheinung tritt. Der zeitliche Rahmen des Unterbringungsgesetzes schafft gute und auf die Praxis der Landeskrankenhäuser zugeschnittene Möglichkeiten hierfür, wobei das Gesetz sich nach der Praxis richtet und keine entsprechend kritische Würdigung der in Großkrankenhäusern vorhandenen Möglichkeiten mit eingeht. Der Gedanke, daß eine Behandlung in einer Landesnervenklinik einem bestimmten sozialen Problem, einem bestimmten Krankheitsausdruck nicht gerecht werden könnte, fließt hier nicht ein. Wir erleben über Gesetzesrahmen und Struktur der Landesnervenklinik ein sich gegenseitig fein abstützendes System, für das alternative Möglichkeiten sicher erst umständlich vorbereitet werden.

Das rheinland-pfälzische Unterbringungsgesetz entspricht in der jetzigen Fassung nicht den für sinnvoll geltenden

gemeinde-psychiatrisch ausgerichteten Vorstellungen, wie sie auch in der Enquete zum Ausdruck kommen. Ein Auslagern von störenden Bürgern aus den Gemeinden in zentrale Einrichtungen mit der Gefährdung von Hospitalisierung und mit großen Rehabilitationsproblemen kann nicht die entscheidende Lösung sein. Wenn sich praktische Vorstellungen zur Realisierung eines/^{neuen} Gesetzes aus den Ergebnissen der Arbeit ableiten lassen, so müßte eigentlich darauf geachtet werden, daß eine Unterbringung so schwierig ist, daß die zuständige Gemeinde und die zuständige primäre Gruppe gezwungen ist, ein gut ausgebautes, psychosoziales System vor Ort zu entwickeln. Ein System, mit dem Störungen frühzeitiger erkannt werden und zu einem Zeitpunkt Hilfe geleistet werden kann, zu dem noch andere Möglichkeiten als polizeiliches Handeln bestehen. Sicher wird es immer wieder plötzlich auftretende, schwierige und gefährliche Situationen geben, in denen aus Gründen psychischer Erkrankung auch gegen den Willen des Betroffenen eingegriffen werden muß. Ein psychosoziales Kontrollsystem, in dem jede abweichende Regung registriert und angegangen wird, kann sicher nicht erwünscht werden. Man muß deshalb ein so lockeres Netz knüpfen, daß immer wieder Menschen in höchsten Notsituationen aufgefangen und auch gegen ihren Willen behandelt werden. Der Gesetzgeber darf aber nicht eine so leichte Möglichkeit zur Verfügung stellen, sich ohne direkte Auseinandersetzung mit einem Betroffenen sich richterlich für die Abschiebung aus der Gemeinde absichern zu können. Zu fordern ist ein Unterbringungsgesetz, das eine genauere Beschäftigung mit den ganzen sozialen psychischen und psychodynamischen Gegebenheiten bei einem Kranken unvermeidlich macht, die Gemeinden zwingt, sich mit den örtlichen und persönlichen Auslösern von psychischer Krankheit auseinander zu setzen.

Man könnte sicher so vielen Menschen die nur begrenzt
heilsame Erfahrung eines Aufenthaltes in einem psychia-
trischen Großkrankenhaus ersparen.

AKTENAUSWERTUNGSBOGEN UNTERBRINGUNGSGESETZ

Fortlaufende Nummer

003

Aktenzeichen

P E R S Ö N L I C H E D A T E N

Alter

40

Geschlecht: männlich 1 weiblich 2

2

Stand: led. 1 ; verh. 2 ; gesch. 3;
verw. 4 ; getr. 5

2

Beruf Hilfsarb. 1 Facharb. 2 Angest. 3
höh. Angest. 4 Händler od. selbst. Handw. 5
freier Ber. 6 Unternehm. 7 Kein Beruf 8
arbeitslos 9 Hausfrau 10 Rentner 11

10

Primärgruppe: elterl. Fam. 1 eig. Fam. 2 Kollegen 3
Nachbarn 4 Heim 5 isoliert 6

2

Wohnort: Dorf 1 Kleinstadt 2 Mittl. Stadt 3
Großstadt 4

4

A N A M N E S E P S Y C H I A T R I S C H

frühere psych. Erkrankung ja 1 nein 2

1

Diagnose nach I C D: paranoide Schizophrenie

2953

früh. ambul. Behandlung durch Hausarzt 1 Facharzt od. Polikl. 2

9

früh. stat. Behandlung in LNK 1 Alzey 2 sonst. 3

3

früh. Behandlg. nach LUG: ja 1 in Alzey 2 nein 3

9

Anzahl der Unterbringungen:

9

Gesamtdauer in Tagen:

999

U N T E R B R I N G U N G S V O R G A N G

Erster Hinweis durch: Fam. 1 Nachbarn 2
Arbeitskoll. 3 Hausarzt 4
Klinik Mainz 5 Amtsperson 6

6

Erstgutachter: Facharzt 1 Gesundheitsamt 2
Klinik Mz 3 Hausarzt 4

2

Verhaltensauffälligkeiten: 1 Monat in der Klinik
(im Klartext)

Mann als homosexuell bezeichnet
aggressiv, erregt, ungesprächig

Reparatur erforderlich

- 19 Unterbringungsgründe von Seiten der Familie:
a Eigengefährdung 1
b Fremdgefährdung 2
c Verwahrlosung 3 Hilflosigkeit
d Störung d.öff. 4 Sicherheit od.Ordnung
a + b 5 a + c 6 a + d 7
b + c 8 b + d 9 c + d 10
a + b + c 11 a + b + c + d 12 b + c + d 13
- 20 Nachbarn
21 Arbeitskollegen
22 Hausarzt jeweils wie 19 1 - 13
23 Klinik Mainz oder andere Gutachter
24 Amtsperson
- 25 Anzeigende stützen sich auf Tatsachen 1
Vermutungen 2
- 26 Ordnungsgemäßes Verfahren durchgeführt § 9 - 12
mit Anhörung von Unterzubringender,
Arzt und Sonstigen 1
zusätzl.Rechtsanwalt beigeordnet 2
und zusätzl.Pfleger 3
kein Verfahren durchgeführt 4
- 27 Äußerungen des Unterzubringenden im ordentl.Verfahren:
Situationsgerecht zustimm. 1
Situationsgerecht ablehnen 2
Situationsgerecht gleichgültig 3
Inadäquat 4
- 28 Ordnungsgemäße Anhörung nicht erfolgt wegen:
Nachteil f.Gesundheit 1
Geisteszustand 2
Gefahr im Verzuge 3
- 29 § 14 Bekanntgabe der Entscheidung an den U.
erfolgt 1 nicht erfolgt 2
- 30 Antrag d.Verwaltungsbehörde: Stattgegeben 1
Zurückgewiesen 2
- 31 Dauer der Unterbringung in Wochen: 1 - 6 1
7 - 26 2; 27 - 52 3; 53 - 104 4;
105 - 156 5
- 32 Beschwerde nach § 15 eingelegt: ja 1 nein 2
- 33 Verfahren bei Entscheidung über Fortdauer der Unter-
bringung: Durchgeführt 1; nicht durchgeführt 2
- 34 Grund für Unterbringung weggefallen: ja, Tod 1
Gesundung 2; Einverst. 3; nicht 4
- 35 Entscheidung aufgehoben ja 1 nein 2
- 36 Einstweilige Unterbringung nach § 21 angeordnet:
ja 1 nein 2
- 37 Anhörungsverfahren in den Mindestbestimmungen erfolgt:
ja 1 nein 2
- 38 Begründung für evtl.Nichtanhörungsverfahren
Gefahr im Verzug 1; Verständigung nicht mögl. 2;
Nicht ohne Nachteile 3; Verzögerung + zu hoh.Kosten 4
- 39 Dauer der angeordneten einstweil.Unterbringung in
Wochen 1 - 2 1; 3 - 6 2; 7 - 12 3;

MM 1
a a
a a
a a
a 5
0 5

MM 1

MM 4

MM 9

MM 3

MM 0

MM 7

MM 0

MM 2

MM 0

MM 0

MM 7

MM 2

MM 1

MM 2

Rechtsanwalt beigeordnet 1 ; Pfleger bestellt 2
nichts dergl. 2

Weitere einstw. Anordnungen zur Unterbringungsverlänge-
rung § 21 (3) ja 1 nein 2

Anhörungsverfahren nachgeholt nach 1 - 3 Tg. 1; 3 - 7 Tg. 2
8 - 14 Tg. 3; 15 - 21 Tg. 4; 22 - 42 Tg. 5; länger 6

Rechtsmittel eingelegt (§15) ja 1 nein 2

Anträge auf Aufhebung d. einstw. Unterbringung gestellt
§ 19,3 von: Untergebrachter 1; Rechtsanwalt, Pfleger 2;
Eltern, Ehegatte, Vertrauensperson 3
Verwaltungsbehörde 4

Bescheid erteilt 1 ; davon abgesehen 2

Unterbringung aufgehoben 1; nicht aufgehoben 2

Anhörungsverfahren bei nach §21 Untergebrachten.

Anhörung der Untergebrachten Person

nicht erfolgt wegen Geisteszustand

wegen Nachteil für Gesundheit

Bei Nichtanhörung: Anhörung eines gesetzl. Vertreters
ja 1 ; nein 2

Anhörung eines ärztl. Sachverst. ja 1 ; nein 2

Vom ärztl. Sachverständigen abgegebene Stellungnahme:

Diagnose nach ICD

Arzt für Verlängerung 1; gegen Verlängerung 2

Äußerungen des Untergebrachten

Situationsgerecht zustimmend

Situationsgerecht ablehnend

Situationsgerecht gleichgültig

Inadäquat

Übernahme d. Sachverständigenäußerung in richterl.

Beschluß: Wörtlich 1 ; abweichend 2

Weitere Unterbringung beschlossen 1 ; nicht beschl. 2

Dauer der weit. Unterbringung in Wochen: 1 - 4 1;
5 - 12 2; 13 - 26 3; 27 - 52 4; 53 - 104 5; 105-156 6

ZEITLICHER ABLAUF DES VERFAHRENS

Erster offz. Schritt (Anzeige, Gutachten) Tag Nr

Einlieferung in LNK Alzey TAG NR 1

Beschluß des Gerichtes

Beschwerde gegen Beschluß

Aufhebungs-od. Nichtaufhebungsbeschluß

Aufhebung der Voraussetzungen (klinik)

Entscheidung üb. Fortdauer der Unterbr.

Entlassung

Verschubung

Tod

Gerichtskosten getragen vom Untergebrachten 1
von Staatskasse 2

Tag Nr

Tag Nr

Tag Nr

Tag Nr

Tag Nr

Tag Nr

Tag Nr

Tag Nr

0	1
0	2
0	3
0	4
0	5
0	6
0	7
0	8
0	9
0	0
0	1
0	2
0	3
0	4
0	5
0	6
0	7
0	8
0	9

4-39



Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Rheinland-Pfalz

Gesundheitsamt
Bad Kreuznach
A. Z.

1959

Ausgegeben zu Mainz, den 27. Februar 1959

Nr. 10

Tag

Verlagsort Koblenz

Inhalt

Seite

19.2.59

Landesgesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken (Unterbringungsgesetz - UntGes -)

91

Vollzugs- u. Vollstreckungshilfe des Gesundheitsamts
Verf. r. d. 2. 6. 6.

Landesgesetz

über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken (Unterbringungsgesetz - UntGes -)

Vom 19. Februar 1959.

Der Landtag von Rheinland-Pfalz hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

I. Abschnitt Unterbringung

§ 1

Zulässigkeit der Unterbringung

(1) Geisteskranke, geistesschwache, rauschgift- oder alkoholsüchtige Personen können gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in einer Heil- und Pflegeanstalt, einer Nervenklinik, einer Entziehungsanstalt oder sonstigen geeigneten Krankenanstalt untergebracht werden, wenn sie infolge ihres Geisteszustandes oder ihrer Sucht die öffentliche Sicherheit oder Ordnung erheblich gefährden und die Gefahr nicht auf andere Weise abgewendet werden kann.

(2) Das gleiche gilt, wenn die in Absatz 1 genannten Personen infolge ihres Geisteszustandes oder ihrer Sucht ihr Leben oder ihre Gesundheit erheblich gefährden und die Abwehr der Gefahr auf andere Weise nicht möglich ist.

(3) Steht die unterzubringende Person unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft, so ist der Wille desjenigen maßgebend, dem die gesetzliche Vertretung in den persönlichen Angelegenheiten zusteht. Dies gilt auch dann, wenn der unterzubringenden Person wegen geistiger Gebrechen ein Pfleger bestellt worden ist, der ihren Aufenthalt bestimmen darf.

§ 2

Dauer der Unterbringung

Die Unterbringung darf nur so lange dauern, wie ihr Zweck es erfordert.

II. Abschnitt Verfahren

§ 3

Sachliche Zuständigkeit

Die Unterbringung wird auf antragliche Anträge der Verwaltungsbehörde durch das Amtsgericht anzuordnen. Die Befugnisse der Polizei sind auf den §§ 6 bis 8 des Polizeiverwaltungsgesetzes übertragend in Gewahrsam zu nehmen, oder abgehört.

§ 4

Örtliche Zuständigkeit

(1) Örtlich zuständig ist das Amtsgericht im Bezirk die unterzubringende Person zu ihrem gewöhnlichen Aufenthalt hat; hat sie keinen gewöhnlichen Aufenthalt im Lande Rheinland-Pfalz, oder fällt sie

ein solcher nicht feststellen, so ist das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk das Bedürfnis für die Unterbringung hervortritt. Befindet sich die Person bereits in einer Anstalt, so ist das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk die Anstalt liegt.

(2) Für eilige auf Grund dieses Gesetzes zu treffende Anordnungen ist neben dem nach Absatz 1 zuständigen Gericht auch das Gericht einstweilen zuständig, in dessen Bezirk das Bedürfnis für solche Anordnungen hervortritt. Das Gericht hat dem nach Absatz 1 zuständigen Gericht die getroffenen Anordnungen unverzüglich mitzuteilen.

§ 5

Verwaltungsbehörde

(1) Zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne dieses Gesetzes ist das Landratsamt, in kreisfreien Städten die Stadtverwaltung als untere Verwaltungsbehörde.

(2) Für die örtliche Zuständigkeit der Verwaltungsbehörde gilt § 4 entsprechend.

§ 6

Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit

Für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften des Reichsgesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt.

§ 7

Ärztliches Gutachten

(1) Dem Antrag ist ein Gutachten des zuständigen Gesundheitsamtes oder eines beamteten Facharztes für Psychiatrie über die Geisteskrankheit, die Geisteschwäche, die Rauschgift- oder Alkoholsucht der unterzubringenden Person beizufügen. In dem Gutachten ist anzugeben ob und inwiefern von ihr ein Verhalten zu erwarten ist, durch das die öffentliche Sicherheit oder Ordnung oder ihr Leben oder ihre Gesundheit erheblich gefährdet werden.

(2) Das Gutachten muß auf einer nicht länger als 14 Tage vor der Antragstellung stattgefundenen Untersuchung beruhen, die der beauftragende Arzt vorgegeben hat.

§ 8

Beitragung von Niederschriften

Hat die Verwaltungsbehörde die unterzubringende Person Angehörige oder Vertrauenspersonen von ihr, Zeugen oder Sachverständige selbst oder im Wege der Amtshilfe angehört, so ist dem Antrag eine Niederschrift über die Anhörung und ein Bericht des Beamteten, der die Ermittlungen geführt hat beizufügen.

Belordnung eines Rechtsanwalts

Das Gericht hat der unterzubringenden Person einen Rechtsanwalt beizubringen, wenn es zur Wahrnehmung ihrer Interessen geboten erscheint oder von der unterzubringenden Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter beantragt wird. Die Belordnung unterbleibt, wenn der Antrag auf Unterbringung unzulässig oder offensichtlich unbegründet ist. Die Belordnung wird aufgehoben, wenn ein Rechtsanwalt mit der Vertretung beauftragt wird.

(3) Die Belordnung endet, wenn sie nicht vorher aufgehoben wird, mit der Rechtskraft der Entscheidung.

§ 10

Anhörung

der unterzubringenden Person

(1) Das Gericht hat die unterzubringende Person mündlich zu hören, sofern nicht der Antrag unzulässig oder offensichtlich unbegründet ist. Erscheint der Anzuhörende auf Vorladung nicht, so kann seine Vorführung durch die Polizei angeordnet werden.

(2) Die Anhörung kann unterbleiben, wenn nach ärztlichen Gutachten eine Verständigung mit der unterzubringenden Person wegen ihres Geisteszustandes nicht möglich ist. Sie kann ferner unterbleiben, wenn sie nach ärztlichem Gutachten nicht ohne Nachteile für den Gesundheitszustand des Anzuhörenden ausführbar ist; in diesem Falle ist dem Anzuhörenden, wenn er keinen gesetzlichen Vertreter in den persönlichen Angelegenheiten hat und auch nicht durch einen Rechtsanwalt vertreten wird, durch das nach § 4 zuständige Amtsgericht ein Pfleger für das Verfahren zu bestellen.

§ 11

Anhörung

ärztlicher Sachverständiger

Die Unterbringung darf nur nach mündlicher Anhörung eines Facharztes für Psychiatrie, der die unterzubringende Person untersucht hat, angeordnet werden.

§ 12

Anhörung sonstiger Personen

(1) Vor der Anordnung der Unterbringung sind ferner zu hören:

- der gesetzliche Vertreter,
- der Pfleger, der den Aufenthalt der unterzubringenden Person bestimmen darf,
- bei Minderjährigen jeder Elternteil, bei unehelichen Kindern die Mutter,
- der Ehegatte, sofern nicht die unterzubringende Person dauernd von ihm getrennt lebt.

(2) Die Anhörung kann unterbleiben, wenn sie nur mit erheblicher Verzögerung oder mit unverhältnismäßig hohen Kosten möglich ist.

(3) Kann ein Angehöriger des Unterzubringenden nicht gehört werden, so ist eine Person zu hören, die sein Vertrauen genießt, sofern eine solche bekannt ist oder von dem Unterzubringenden auf Befragen bezeichnet wird. Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 13

Entscheidung des Gerichts

Das Gericht entscheidet über den Antrag auf Unterbringung durch einen mit Gründen versehenen Beschluß. Wird die Unterbringung ungeordnet, so kann das Gericht die Art der Unterbringung regeln.

§ 14

Bekanntmachung der Entscheidung

(1) Die Entscheidung, die die Unterbringung anordnet, ist bekanntzumachen:

- der unterzubringenden Person,
- ihrem Rechtsanwalt und dem nach § 10 Abs. 2 Satz 2 bestellten Pfleger,

- den in § 12 Abs. 1 genannten Personen,
- einer Person, die das Vertrauen des Unterzubringenden genießt, sofern die Entscheidung nicht bereits nach Buchstabe c) einem Angehörigen bekanntzumachen ist,
- der Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat.

(2) Die Entscheidung, durch die der Antrag der Verwaltungsbehörde zurückgewiesen wird, ist der Verwaltungsbehörde und der Person, deren Unterbringung beantragt war, bekanntzumachen, dieser jedoch nur, wenn sie gehört worden ist.

(3) Ist nach ärztlichem Gutachten eine Verständigung mit der Person, die untergebracht werden soll, wegen ihres Geisteszustandes nicht möglich, so kann die Bekanntmachung an sie unterbleiben. Das gleiche gilt, wenn die Bekanntmachung nach ärztlichem Gutachten nicht ohne Gefahr für ihren Gesundheitszustand ausführbar ist. Das Gericht entscheidet hierüber durch unanfechtbaren Beschluß. § 10 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Bekanntmachung muß eine Rechtsmittelbelehrung enthalten.

§ 15

Rechtsmittel

(1) Gegen die Entscheidung des Amtsgerichts findet die sofortige Beschwerde statt.

(2) Gegen eine Entscheidung, durch die die Unterbringung angeordnet oder die Art der Unterbringung geregelt wird, steht die Beschwerde den in § 14 Abs. 1 genannten Beteiligten zu. Gegen eine Entscheidung, durch die der Antrag der Verwaltungsbehörde abgelehnt wird, steht nur dieser die Beschwerde zu.

(3) Ein unter elterlicher Gewalt stehendes Kind oder ein unter Vormundschaft stehender Mündel kann ohne Mitwirkung seines gesetzlichen Vertreters das Beschwerderecht ausüben. Dies gilt nicht für Personen, die geschäftsunfähig sind oder das vierzehnte Lebensjahr nicht vollendet haben.

(4) Befindet sich die unterzubringende Person bereits in einer Anstalt, so können die Beschwerde und die weitere Beschwerde auch bei dem Amtsgericht eingelegt werden, in dessen Bezirk die Anstalt liegt.

(5) Im Verfahren über die weitere Beschwerde ist eine Anhörung gemäß den §§ 10 bis 12 nicht erforderlich.

§ 16

Wirksamkeit und Vollziehung der gerichtlichen Entscheidung

(1) Die eine Unterbringung anordnende oder die Art der Unterbringung regelnde Entscheidung wird erst mit der Rechtskraft wirksam. Das Gericht kann jedoch die sofortige Wirksamkeit der Entscheidung anordnen. Das Beschwerdegericht kann vor seiner Entscheidung einstweilige Anordnungen erlassen, insbesondere bestimmen, daß die Vollziehung der angefochtenen Entscheidung auszusetzen ist.

(2) Die Entscheidungen und Anordnungen nach Absatz 1 werden von der Verwaltungsbehörde durch unmittelbaren Zwang nach den Vorschriften des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes für Rheinland-Pfalz vollzogen. Die Vollziehung ist zulässig, wenn die Wirksamkeit eingetreten oder die sofortige Wirksamkeit angeordnet ist. Einer Androhung des Zwangsmittels bedarf es nicht.

§ 17

Entscheidung über die Dauer der Unterbringung

(1) In der Entscheidung, die eine Unterbringung anordnet, ist eine Frist zu bestimmen, vor deren Ablauf über die Fortdauer der Unterbringung von Amts wegen zu entscheiden ist. Die Höchstdauer der Frist beträgt ein Jahr, bei voraussichtlich lange dauernder Geisteskrankheit drei Jahre.

Die Frist beginnt mit der Bekanntmachung der Entscheidung an die Verwaltungsbehörde.

(4) Wird nicht innerhalb der festgesetzten Frist die Fortdauer der Unterbringung durch gerichtliche Entscheidung angeordnet, so ist der Untergebrachte zu entlassen. Das Gericht und die Verwaltungsbehörde sind von der bevorstehenden Entlassung zu benachrichtigen.

§ 18

Verfahren bei Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung

(1) Für die Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung ist das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk die Anstalt liegt, in der der Untergebrachte sich befindet.

(2) Für das Verfahren gelten die §§ 6, 9 bis 17 entsprechend. Die Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat, und der ärztliche Leiter der Anstalt sind zu hören.

§ 19

Aufhebung der Entscheidung über die Unterbringung

(1) Die Entscheidung, durch die eine Unterbringung oder ihre Fortdauer angeordnet wird, ist vor Ablauf der nach § 17 Abs. 1 festgesetzten Frist von Amts wegen aufzuheben, wenn der Grund für die Unterbringung weggefallen ist. Fällt der Grund für die Unterbringung weg, so hat der ärztliche Leiter der Anstalt dies dem Gericht unverzüglich mitzuteilen.

(2) Über die Aufhebung entscheidet das nach § 18 Abs. 1 zuständige Gericht durch einen mit Gründen versehenen Beschluss.

(3) Anträge der nach § 14 Abs. 1 am Verfahren Beteiligten auf Aufhebung oder Änderung der Art der Unterbringung sind in jedem Falle zu prüfen und zu entscheiden. Ist der Antrag von der untergebrachten Person gestellt, so kann von einem Bescheid abgesehen werden, wenn sich aus Form und Inhalt des Antrages ergibt, daß wegen des Geisteszustandes der untergebrachten Person eine Verständigung mit ihr nicht möglich ist.

(4) Vor der Aufhebung der Unterbringung sind der ärztliche Leiter der Anstalt und die Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat, zu hören. Die Entscheidung, durch die die Anordnung aufgehoben wird, ist den in § 14 Abs. 1 genannten Beteiligten, die Entscheidung, durch die ein Antrag auf Aufhebung zurückgewiesen wird, ist nur dem Antragsteller bekanntzumachen. § 14 Abs. 3 gilt entsprechend.

(5) Gegen die Entscheidung, durch die die Anordnung der Unterbringung aufgehoben wird, steht die Beschwerde nur der Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat, zu. Gegen die Entscheidung, durch die ein Antrag auf Aufhebung der Unterbringung zurückgewiesen wird, steht die Beschwerde nur dem Antragsteller zu, sofern dieser Beteiligter im Sinne des § 14 Abs. 1 ist. Im übrigen gilt § 15 Abs. 1, 3 und 5 entsprechend.

§ 20

Beurlaubung

(1) Das nach § 18 Abs. 1 zuständige Gericht kann die untergebrachte Person aus der Anstalt beurlauben. Die Beurlaubung ist jederzeit widerruflich und kann von Auflagen abhängig gemacht werden.

(2) Vor der Beurlaubung sind der ärztliche Leiter der Anstalt und die Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat, zu hören, die Beurlaubung ist ihnen mitzuteilen.

(3) Beurlaubungen bis zu einem Monat kann der ärztliche Leiter der Anstalt vornehmen.

§ 21

Einstweilige Unterbringung

(1) Ist ein Antrag auf Unterbringung gestellt und sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß die Voraussetzungen für die Unterbringung vorliegen, so kann das Gericht nach Anhörung eines ärztlichen Sachverständigen längstens für die Dauer von sechs Wochen eine einstweilige Unterbringung anordnen, wenn über die endgültige Unterbringung nicht rechtzeitig entschieden werden kann, insbesondere wenn die Verwaltungsbehörde nicht in der Lage ist, das Gutachten nach § 7 mit der Antragschrift einzureichen.

(2) Eine einstweilige Unterbringung kann bereits angeordnet werden, bevor der unterzubringenden Person gemäß § 9 ein Rechtsanwalt beigeordnet oder gemäß § 10 Abs. 2 Satz 2 ein Pfleger bestellt ist.

(3) Nach Anhörung eines ärztlichen Sachverständigen kann durch weitere einstweilige Anordnungen die Dauer der Unterbringung zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Gesundheitszustand verlängert werden. Die Unterbringung auf Grund einstweiliger Anordnung darf jedoch insgesamt die Dauer von drei Monaten nicht überschreiten.

(4) Für die einstweiligen Anordnungen gelten die §§ 10, 12 bis 16, 17 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3, 18 bis 20 entsprechend. Die mündliche Anhörung der Person, deren Unterbringung beantragt ist, sowie des ärztlichen Sachverständigen kann bei Gefahr im Verzug unterbleiben; sie muß jedoch unverzüglich nachgeholt werden.

III. Abschnitt

Durchführung und Unterbringung

§ 22

Anstaltsordnung

Die untergebrachte Person unterliegt der Anstaltsordnung. Die Unterbringung umfaßt auch die Behandlung durch ein nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotenes und zulässiges Heilverfahren.

§ 23

Schriftverkehr

(1) Schreiben der untergebrachten Person dürfen von den durch die Anstaltsordnung hierzu bestimmten Ärzten eingesehen und mit einem aufklärenden Vermerk der Anstalt versehen werden. Schreiben, die geeignet sind, der untergebrachten Person ernststen Schaden zuzufügen oder die öffentliche Sicherheit oder Ordnung erheblich zu gefährden, können zurückgehalten werden. Im Falle der Zurückbehaltung sind sie zu verwahren. Schreiben an volljährige Angehörige, den gesetzlichen Vertreter, den Pfleger oder den Rechtsanwalt dürfen nicht zurückgehalten werden.

(2) An die untergebrachte Person gerichtete Schreiben dürfen von den durch die Anstaltsordnung hierzu bestimmten Ärzten eingesehen und, wenn ihre Aushängung geeignet ist, die Gesundheit der untergebrachten Person zu schädigen oder den Heilungsprozeß nachteilig zu beeinflussen, dem Absender mit einem entsprechenden Vermerk zurückgesandt werden.

(3) Schriftliche Bitten und Beschwerden, mit denen sich die untergebrachte Person an die Volksvertretung oder an Behörden wenden will, sind stets weiterzuleiten und mit einem aufklärenden Vermerk der Anstalt zu versehen. Die hierauf ergehenden Bescheide sind der untergebrachten Person auszuhändigen. Besteht die Besorgnis, daß durch die Aushängung die Gesundheit der untergebrachten Person geschädigt oder der Heilungsprozeß nachteilig beeinflußt wird, so kann der ärztliche Leiter der Anstalt sich darauf beschränken, den Bescheid seinem wesentlichen Inhalt nach bekanntzugeben.

IV. Abschnitt

Kosten

§ 24

Kosten der Anstaltsunterbringung

(1) Die Kosten einer nach diesem Gesetz durchgeführten Anstaltsunterbringung trägt der Untergebrachte, soweit sie nicht einem Unterhaltspflichtigen, einem Träger der Sozialversicherung oder einem Fürsorgeverband zur Last fallen.

(2) Die Kosten einer einstweiligen Unterbringung sind von der Staatskasse zu tragen, wenn der Antrag auf Anordnung der Unterbringung (§ 13) abgelehnt oder zurückgenommen wird.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn die einstweilige Unterbringung in Vollzug einer gemäß § 16 Abs. 1 Satz 3 angeordneten sofortigen Wirksamkeit der Entscheidung erfolgt ist.

§ 26

Gerichtskosten

(1) Für die Gerichtskosten gelten, soweit nichts anderes bestimmt ist, die Vorschriften der Kostenordnung. Gebühren werden nur für die in Absatz 2 genannten Entscheidungen und für das Beschwerdeverfahren (Absatz 3) erhoben.

(2) Für die Entscheidung, die eine Unterbringung (§ 13) oder ihre Fortdauer (§ 18) anordnet oder einen nicht vom Untergebrachten selbst gestellten Antrag, die Unterbringung aufzuheben (§ 19), zurückweist, wird eine Gebühr von dreißig Deutsche Mark erhoben. Das Gericht kann jedoch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Zahlungspflichtigen und der Bedeutung und des Umfangs des Verfahrens die Gebühr bis auf fünf Deutsche Mark ermäßigen oder bis auf zweihundert Deutsche Mark erhöhen.

(3) Für das Beschwerdeverfahren wird bei Verwerfung oder Zurückweisung der Beschwerde eine Gebühr von dreißig Deutsche Mark, bei Zurücknahme der Beschwerde eine Gebühr von zehn Deutsche Mark erhoben.

(4) Kostenvorschüsse werden nicht erhoben.

§ 26

Kostenschuldner

(1) Schuldner der Gebühren sind in den Fällen des § 26 Abs. 2 der Untergebrachte und im Rahmen ihrer gesetzlichen Unterhaltspflicht die zu seinem Unterhalt Verpflichteten, in den Fällen des § 25 Abs. 3 der Beschwerdeführer; sie haben, soweit sie gebührenpflichtig sind, auch die baren Auslagen des gerichtlichen Verfahrens zu tragen.

(2) Die Verwaltungsbehörden sind zur Zahlung von Gerichtskosten und zur Erstattung der Auslagen des gerichtlichen Verfahrens nicht verpflichtet.

§ 27

Ersatz von Auslagen

(1) Lehnt das Gericht den Antrag der Verwaltungsbehörde auf Unterbringung ab, so hat es zugleich die Auslagen des Betroffenen, soweit sie zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendig waren, der Staatskasse aufzuerlegen, wenn das Verfahren ergeben hat, daß ein begründeter Anlaß zur Stellung des Antrages nicht vorlag. Die Höhe der Auslagen wird auf Antrag des Betroffenen durch den Urkundsbeamten der Geschäftsstelle festgesetzt. Für das Verfahren und die Vollstreckung der Entscheidung gelten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung entsprechend.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn die Verwaltungsbehörde den Antrag auf Unterbringung zurücknimmt.

(3) Wird die Unterbringung angeordnet, so hat die untergebrachte Person die Kosten für das Gutachten nach § 7 der Verwaltungsbehörde zu erstatten.

V. Abschnitt

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 28

Überleitung von Verfahren

(1) Die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes anhängigen Verfahren gehen in der Lage, in der sie sich befinden, auf die nach diesem Gesetz zuständigen Gerichte und Verwaltungsbehörden über. Die Gerichte entscheiden mit Ausnahme der §§ 7 und 8 nach den Vorschriften dieses Gesetzes. Ist ein Verfahren ohne behördlichen Antrag eingeleitet worden, so ist vor einer Entscheidung die Verwaltungsbehörde zu hören.

(2) Für die Erhebung der Gerichts- und Rechtsanwaltskosten ist das Verfahren vor dem abgebenden Gericht als Teil des Verfahrens vor dem übernehmenden Gericht zu behandeln.

§ 29

Rechtskräftige Entscheidung

(1) Gerichtliche Entscheidungen, die eine Unterbringung anordnen und vor Inkrafttreten dieses Gesetzes rechtskräftig geworden sind, verlieren spätestens am 1. Mai 1960 ihre Wirksamkeit.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 ist für die Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk die Anstalt liegt, in der der Untergebrachte sich beim Inkrafttreten dieses Gesetzes befindet. Der ärztliche Leiter der Anstalt hat dem Gericht spätestens drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses Name und Anschrift derjenigen Personen mitzuteilen, die sich bei Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung in der Anstalt befinden. Kostenrechtlich gilt die Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung in solchen Fällen als Entscheidung über die erstmalige Unterbringung.

§ 30

Einschränkung von Grundrechten

Die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes), auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes), auf freie Meinungsäußerung (Artikel 5 des Grundgesetzes), auf Einheit der Familie (Artikel 6 des Grundgesetzes) sowie auf Unverletzlichkeit des Briefgeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) werden nach Maßgabe dieses Gesetzes eingeschränkt.

§ 31

Durchführungsvorschriften

Die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften erläßt der Minister des Innern im Einvernehmen mit dem Minister der Justiz und, soweit dessen Geschäftsbereich berührt ist, im Einvernehmen mit dem Sozialminister.

§ 32

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Mai 1959 in Kraft.

(2) Mit diesem Gesetz werden alle entgegenstehenden sowie inhaltgleichen Rechtsvorschriften aufgehoben.

Mainz, den 19. Februar 1959

Der Ministerpräsident
Altmeier

7.3. Tabellen- und Abbildungs-Register

Abb. 1	Altersverteilung der Zwangsuntergebrachten im Vergleich zur Altersverteilung in Rheinland-Pfolz	S. 20
Abb. 2	Absolute und prozentuale Verteilung nach dem Merkmal Zivilstand	S. 22
Abb. 3	Verteilung der Untergebrachten auf verschiedene Typen von Primärgruppen	S. 29
Abb. 4	Altersverteilung der Geschlechter im Vergleich mit der rheinland-pfälzischen Situation	S. 32
Abb. 5	Verteilung der Berufe nach Geschlecht	S. 35
Abb. 6	Diagnosenvielfalt bei den verschiedenen Erstgutachtertypen	S. 50
Abb. 7	Verteilung der Erkrankungshäufigkeit und Behandlungsformen	S. 73
Abb. 8	Anzahl der früheren Unterbringungen	S. 77
Abb. 9	Verteilung der Herkunft der ersten Hinweise	S. 87
Abb. 10	Graphische Darstellung der Unterbringungsgründe	S. 94
Abb. 11	Zeitpunkte der nachgeholten Anhörungen	S. 115
Abb. 12	Zeitlicher Verlauf der Beschlußfassung des Gerichts nach Anhörungsverfahren	S. 116
Abb. 13	Aufhebung von seiten der Klinik	S. 117
Abb. 14	Todesfälle bei den Untergebrachten im zeitlichen Ablauf	S. 118
Abb. 15	Entlassungen im zeitlichen Verlauf	S. 119

Abb. 16	Zeitraum, in dem Anträge vor der Einlieferung vorlagen	S. 122
Abb. 17	Äußerungen des Untergebrachten	S. 135
Abb. 18	Dauer der weiteren Unterbringung	S. 142
Abb. 19	Dauer der weiteren Unterbringungen nach Erstdiagnosen	S. 143
Abb. 20	Dauer der weiteren Unterbringung je nach Zweitdiagnosen	S. 144
Abb. 21	Daten der Beschlußfassung des Gerichts	S. 146
Abb. 22	Zeitpunkt der Beschwerden	S. 147
Abb. 23	Zeitpunkte der Gerichtsbeschlüsse auf Beschwerden hin	S. 148
Abb. 24	Anteile der Altersgruppen an Ent- lassungen	S. 151

Tabellen

Tab. 1	Berufsverteilung bei den Zwangsuntergebrachten	S. 23
Tab. 2	Schichtenzuordnung der Zwangsuntergebrachten	S. 27
Tab. 3	Prozentuale Verteilung nach Wohnortgrößen	S. 30
Tab. 4	Verteilung nach Geschlecht und Zivilstand	S. 33
Tab. 6	Altersstufen und Primärgruppen	S. 39
Tab. 7	Vorkommende Diagnosen nach der vierstelligen ICD-Klassifikation	S. 43
Tab. 8	Art und Diagnosenpräzision der Erstgutachter	S. 47
Tab. 10	Geschlechtsverteilung der Diagnosen	S. 52
Tab. 11	Altersverteilung nach Diagnosen	S. 55
Tab. 12	Diagnosen und Zivilstand	S. 57
Tab. 13	Diagnosen und Primärgruppe	S. 63
Tab. 14	Aufgliederung der früheren stationären Behandlungen nach Diagnosen und Behandlungsarten	S. 80
Tab. 14 a	Diagnosen und Anzahl der Unterbringungen	S. 85
Tab. 16	Begründungen der einzelnen Gruppen von Anzeigenden in der Zuordnung zu den häufigsten Diagnosen	S. 100
Tab. 17	Begründungen für die Nichtanhörung	S. 112

Tab. 18	Ergebnisse der Anhörungsverfahren	S. 131
Tab. 19	Einfluß der sprachlichen Äußerungen auf die Fortsetzung der Unterbrin- gung	S. 133

L I T E R A T U R L I S T E

- BAUMANN, J.: Unterbringungsrecht und Kommentar, Tübingen, 1966.
- BOSCH, G.: Zwangseinweisungen psychisch Kranker. Vortrag an der Evangelischen Akademie in Hofgeismar im Dezember 1971.
Abgedruckt in den Sozialpsychiatrischen Informationen Nr. 20/21, Mai 1974.
- BOSCH, G.: Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen. Nervenarzt Nr. 41, Heft 2, 1971.
- BOLTE, K. u.a.: Soziale Schichtung, Opladen, 1966.
- ERNST, K. u. EGLOFF, A.: Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen. Nervenarzt 45, S. 178-182, 1974.
- FLEGEL, H. u. SCHÜTT, U.: Psychiatrische Hospitalisationsfrequenz und soziale Schichtung in Düsseldorf, Sozialpsychiatrie 1, S. 39, 1967.
- HUBER, G.: Psychiatrie. Lehrtext. Stuttgart, New York. 1976.
- JAECKEL, M. u. WIESER, St.: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart, 1970.
- KOCH, Dr. H. J.: Die Zusammenarbeit zwischen Richter und ärztlichen Sachverständigen im Unterbringungsverfahren. NJW. Heft 14/1974.
- MAC INTYRE, S.: Some notes on record taking and making in an antenatal clinic. Sociological Review 26/1978.
- MOSER, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie, Frankfurt
- PAROW, E.: Psychotisches Verhalten und Umwelt. edition suhrkamp, 1972.
- POLAK, P.R.: The crisis of Admission, Sozialpsychiatrie Nr. 4/1967.

Literaturliste

- 2 -

SZASZ, Th.S.: Psychiatrie, die verschleierte Macht,
Frankfurt, 1978.

SCHEFF, T.J.: Das Etikett der Geisteskrankheit und
soziale Interaktion und psychische Störung.
Frankfurt, 1973, S. 82

WALLER, H.: Medizinsoziologische Aspekte von Zwangs-
einweisungen psychisch Kranker. Sozial-
psychiatrische Informationen. Hannover,
1975/76, 2.

WING, J.K. u. BROWN, G.W.: Institutionalism and
schizophrenia. Cambridge Univ.Press, 1970.

Lebenslauf

Am 19. Juni 1942 wurde ich als Sohn des Eisenbahninspektors, Herrn Werner Hülsmeier und seiner Ehefrau Hildegard in Kiel geboren. Mein Vater starb im letzten Kriegsjahr. In Kiel und Husum besuchte ich die Volksschule. 1952 trat ich in das humanistische Gymnasium ein und machte 1964 das Abitur. In Mainz begann ich das Studium an der philosophischen Fakultät, studierte ab 1965 Medizin und parallel dazu Soziologie. An der Universität Mainz machte ich 1971 das medizinische Staatsexamen mit der Note sehr gut und erhielt die Approbation als Arzt im Oktober 1972. Ich begann dann an der Neuro-psychiatrischen Universitätsklinik Mainz meine psychiatrische Assistentenzeit bei Herrn Prof. Dr. U. H. Peters, erhielt meine neurologische Ausbildung ebenfalls in Mainz unter Herrn Prof. Dr. Regli. 1975 trat ich in das Psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau ein und erhielt dort im März 1977 die Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie. Mein Arbeitsschwerpunkt lag im sozialpsychiatrischen Bereich. Seit Juli 1979 bin ich in der Binswanger' Klinik in Kreuzlingen, Schweiz, angestellt und mache seit April 1979 eine psychoanalytische Ausbildung am Sigmund Freud - Institut in Zürich.

Henning Hülsmeier

